

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

UNIDAD DE POSTGRADO

**Psicoterapia "EMDR" aplicado a un grupo de pacientes
con síndrome de depresión**

TESIS

para optar el grado académico de Doctor en Psicología

AUTOR

Clodomiro Rodríguez Merino

ASESORA

Lupe García Ampudia

Lima - Perú

2010

DEDICATORIA:

**Con eterna gratitud y cariño para mis padres
que descansan en paz.**

RECONOCIMIENTOS

En primer término, deseo expresar mi eterna gratitud a la Unidad de Post Grado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y a mis distinguidos maestros del Doctorado en Psicología por haberme dado la oportunidad de ser alumno de esa casa superior de estudios, DECANA DE AMÉRICA.

A mis compañeros de estudio del Doctorado, con quienes mantuve un diálogo académico clarificador y fructífero.

A mi asesora, la Dra. Lupe García Ampudia, quien a pesar de su recargada labor como Directora de la Escuela de Postgrado en Psicología, tuvo la generosidad incondicional de aceptar ser mi asesora y supo brindarme su apoyo y orientación invalorable en el desarrollo de la presente tesis de investigación.

A mi familia, les agradezco por su paciencia y comprensión.

INDICE

RESUMEN	9
Presentación	11
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1 Identificación y Fundamentación del Problema	13
1.2 Formulación del Problema	
1.3 Objetivo General	18
1.3.1 Objetivo Específico	18
1.4 Definición de Términos Básicos	18
1.5 Justificación del Estudio	19
1.6 Limitaciones de la Investigación	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes Del Estudio	22
2.2 Bases Teóricas	26
2.2.1 Concepto de Psicoterapia	26
2.2.2 La Psicoterapia como Ciencia	27
2.2.3 La Psicoterapia como Arte	27
2.2.4 El Psicólogo y la Psicoterapia	28
2.2.5 Terapia Conductual	28
2.2.6 Terapia Gestalt	28

2.2.7	Terapia Cognitiva	30
2.2.8	Terapia Psicoanalítica	31
2.2.9	La Teoría Integrativa EMDR	31
2.2.9.1	Antecedente Histórico de la Teoría EMDR	33
2.2.9.2	Nacimiento de la Teoría Integrativa EMDR	37
2.2.9.3	EMDR como Teoría Integrativa	39
2.2.9.4	Argumentos Cruciales de Teoría Integrativa EMDR:	40
2.2.9.5	Conceptos Básicos de EMDR	41
2.2.9.5.1	Procesamiento de la Información como actividad Cerebral	41
2.2.9.5.2	Resolución Adaptativa	42
2.2.9.5.3	Redes Mnemónicas o redes de recuerdo	43
2.2.9.5.4	Cognición	43
2.2.9.5.5	Emociones	44
2.2.9.5.6	Imagen Mental	46
2.2.9.5.7	Abreacción	47
2.2.9.6	Sustento Teórico de EMDR	49
2.2.9.6.1	Teoría del Procesamiento de la Información	49
2.2.9.6.2	Cerebro y Mente como Concepción Holística	56
2.2.9.6.3	Autorregulación como Mecanismo Natural de Equilibrio Cerebro-Mente	57
2.2.9.6.4	Hipótesis que Sustenta la Teoría EMDR	60
2.2.9.7	Depresión	61
2.2.9.7.1	La Depresión Visto a Través de la Historia	62
2.2.9.7.2	Causas de la Depresión	64

2.2.9.7.3 Cuadro Clínico de la Depresión	65
2.2.9.7.4 Criterios para el Diagnóstico de la Depresión	66
2.3 Hipótesis	68

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Sujetos	69
3.2 Variables	70
3.3 Diseño de la Investigación	70
3.4 Instrumentos y Materiales	71
3.5 Procedimiento Terapéutico de EMDR	74
3.6 Funcionamiento de EMDR	78
3.7 Elementos del Tratamiento con EMDR	79
3.8 Acciones Previas al Procedimiento Experimental	80
3.9 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	95

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Comparación y Análisis de los Resultados	97
4.1.1 Prueba de pre-test aplicado al G.E. y G.C.	97
4.1.2 Resultados de la Prueba post-test, aplicada al G.E. y G.C.	99
4.1.3 Resultados de la Prueba pre-test y post-test del G.E.	101
4.1.4 Resultados de la Prueba pre-test y post-test del G.C.	103
4.2 Discusión de Resultados	104

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES 110

RECOMENDACIONES 110

BIBLIOGRAFÍA 112

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	
Medias del pre-test del Grupo Experimental y del Grupo de Control	97
Tabla N° 2	
Comparación de las medias del pre-test del Grupo Experimental y Grupo de Control	98
Tabla N° 3	
Medias del post-test del Grupo Experimental y del Grupo de Control	99
Tabla N° 4	
Comparación de las medias del post-test entre el Grupo Experimental Y Grupo de Control	99
Tabla N° 5	
Medias del pre-test y post-test del Grupo Experimental	101
Tabla N° 6	
Comparación de medias del pre-test y post-test del Grupo Experimental	102
Tabla N° 7	
Medias del pre-test y post-test del Grupo de Control	103
Tabla N° 8	
Comparación de medias del pre-test y post-test del Grupo de Control	103

PRESENTACIÓN

La depresión es por naturaleza uno de los síndromes perturbadores más complejos que afecta la salud físico-mental de las personas. Es un mal que tiene diferentes matices sintomáticos, generado por múltiples causas, entre ellos traumas psíquicos experimentados por los sujetos, que por su gravedad hacen sufrir psicológicamente a las personas y deja secuelas personales, familiares y sociales. Las formas clínicas de la depresión pueden presentarse desde leves e identificables hasta los más graves como la depresión melancólica o psicótica. La prevalencia de la depresión en la población en general, varía entre el 3% y 6% de acuerdo a la realidad socio económico de cada región (Rojtenberg, 2001). El tratamiento de la depresión puede ser mediante el uso de la farmacología, el electroshock, la psicoterapia, etc., como es el caso de la psicoterapia EMDR, que ha sido utilizada en el presente trabajo de investigación experimental. El tratamiento de la depresión, depende básicamente de la naturaleza y los componentes causales o antecedentes que dieron lugar a la aparición del problema y al nivel de gravedad de los pacientes.

El presente estudio es una investigación experimental realizado con el diseño Pre-test – pos-test con muestra aleatorizada. La muestra de estudio fue dividido en dos grupos: Grupo experimental y grupo de

control. Al grupo experimental se le aplicó la psicoterapia con el método EMDR, con el objeto de medir los resultados y comparar con el grupo de control. El trabajo que presentamos comprende las siguientes partes:

Capítulo I, en el que se expone el planteamiento del estudio, la identificación, fundamentación y formulación del problema, los objetivos, la definición de términos básicos, importancia, justificación y limitaciones del estudio; Capítulo II, en el que se presenta el marco teórico, los antecedentes del estudio, conceptos y bases teóricas de EMDR y la formulación de la hipótesis; Capítulo III, aborda el método y procedimiento, la muestra, las variables, los instrumentos, el material, la infraestructura física, el diseño de investigación y las técnicas de procesamiento y análisis de datos; Capítulo IV, en el que se presentan los resultados, la comparación, el análisis de los resultados obtenidos y la discusión de los resultados; y, finalmente, se presentan las conclusiones y las recomendaciones del estudio realizado.

.

RESUMEN

El propósito de la investigación es verificar la efectividad de la psicoterapia “EMDR”: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares) en el tratamiento de pacientes con síndrome de depresión.

La muestra de estudio estuvo formado por ocho pacientes de clase social media con cuadro de depresión, distribuidos aleatoriamente en dos grupos: 4 pacientes que integraron el grupo experimental (G.E.) y 4 pacientes el grupo de control (G.C.), cuyas edades fluctuaron entre 24 y 26 años, de ambos sexos. La investigación corresponde al método experimental con el diseño pre-prueba y post-prueba con dos grupos aleatorizados. Concluido el tratamiento de psicoterapia, los resultados arrojaron una diferencia significativa a favor de los pacientes del grupo experimental, en comparación con pacientes del grupo de control, que no fueron sometidos a tratamiento, lo que implica que EMDR como método de psicoterapia en el tratamiento del síndrome de depresión, ha demostrado efectividad que permite confirmar la hipótesis planteada.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia “EMDR” y depresión

ABSTRACT

The purpose of the research is to verify the effectiveness of psychotherapy "EMDR," in the treatment of patients with depressive syndrome.

The study samples, consisted of eight patients of middle class with a picture of depression were randomly divided into two groups: 4 patients who comprised the experimental group (EG) and 4 patients Group Control (GC) The ages ranged between 24 and 26 years and both sexes. The Experimental research is the method to the design: Pre-test and post-test with two randomized groups.

Psychotherapy completed treatment, the results showed a significant difference for patients in the experimental group, compared to control group patients, who were not treated, which means that EMDR as a method of psychotherapy in the treatment of depressive syndrome, has demonstrated effectiveness which confirms the hypothesis.

KEY WORDS: psychotherapy "EMDR and Depression

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. IDENTIFICACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Uno de los enemigos más grandes y de mayor peligro para la humanidad es la depresión, por ser un trastorno patológico que perturba y daña la salud física y mental del ser humano y su entorno familiar. La depresión es un síndrome que presenta distintos matices sintomáticos, originados por múltiples causas y como tal, hace sufrir y afecta en alto grado el psiquismo del sujeto, además de las secuelas personales y sociales que este mal ocasiona en el ser humano.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la cuarta causa que origina la pérdida en la calidad de vida y genera discapacidad. Según OMS, se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda patología mental que afectará el estado emocional de la humanidad (Rojtenberg, 2001). En la actualidad se estima que en el mundo hay entre 120 y 200 millones de personas que sufren depresión (Schwob, 1995).

Por otra parte, las estadísticas europeas muestran una progresión impresionante de la depresión en los países industrializados. Las últimas investigaciones indican que el 25% de los ciudadanos están deprimidos y el mayor porcentaje corresponden a jóvenes del sexo femenino (Schwob, 1995). El incremento de la depresión en los EE.UU., es alarmante y es

uno de los motivos de los intentos de suicidio. Por esta razón, los expertos, como Nathan Kline, consideran que la depresión es uno de los problemas más frecuentes en la salud mental de Estados Unidos (Calderón, 2001). Sorenson y Strömgren (citado en Calderon, 2001, Pág. 18) después de realizar un estudio epidemiológico, encontraron que el 3.9% de la población mayor de 20 años presentaban problemas de depresión. Así mismo, expertos internacionales afirmaron que entre 3% a 5% de la población general sufren de depresión (Calderón, 2001)

En el Perú, la situación de salud mental, relacionada con la depresión, muestra una prevalencia del 32.6%, que estaría afectando principalmente a la población femenina en período climaterio y a la juventud masculina de temprana edad, según a estudio realizado por Sogui 1997 (citado en Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, 2004) en un solo distrito de Lima.

Por otra parte, el estudio epidemiológico Metropolitano de Salud Mental del INSM “Honorio Delgado-Hideyro Noguchi”, 2002 (citado en Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, 2004), muestra una prevalencia de vida del 19% para depresión en general (14.5% para varones y 23.3% para mujeres). En los departamentos de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, muestra una prevalencia de vida de trastornos depresivos del 17% (varones 13.3% y mujeres 20.5%). En la selva peruana, Iquitos, Tarapoto y Pucallpa, la prevalencia de vida de trastornos de depresión es de 21,9%, de los cuales el 13,5% varones y 29,2% mujeres (Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, 2004). Como ocurre con pacientes con síndrome de depresión, es probable que

el estado emocional de esta población deprimida, esté caracterizado por una tristeza profunda, acompañado de un dolor moral intenso, intolerable, insoportable e incomparable, equivalente al peor sufrimiento físico. La tristeza del depresivo, generalmente es una tristeza sin causa, es decir, sin que haya ocurrido nada en especial. La persona que padece de depresión está apesadumbrado, cansado, sin voluntad para realizar actividades. Hay un desinterés para la vida y las cosas, se siente despreciado por la familia, los amigos y demás personas, al extremo que las funciones psicológicas del deprimido está muy lentificados y sin capacidad de concentración (De La Garza, 2004).

La sintomatología de la depresión está caracterizado por presentar tres componentes: La tristeza, la inhibición psicomotriz y las ideas deliroides. La tristeza del depresivo está más corporalizada, es decir, el paciente localiza su depresión en algunas partes de su cuerpo, como cuando dice: “Tengo dolor de estómago, dolor de pecho, dolor de corazón, etc.” Las formas clínicas de la depresión pueden presentarse desde aquellas de tipo leve, hasta los trastornos graves como la depresión psicótica. El cuadro clínico de la depresión se caracteriza por presentar abatimiento, desgano, retracción, pérdida del interés por el mundo externo, disminución de la capacidad de experimentar placer, presencia de trastornos funcionales y del sueño, pensamiento lento, rumiante y monotemático, vivencia delirante de ruina , etc. Para el deprimido, el tiempo se torna interminable, oscura y angustiosa, y sobre todo, fantasías suicidas.

DSM-IV-R (2002): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, establece los siguientes criterios sobre la depresión:

1. Humor deprimido, la mayor parte de ella, casi todos los días.
2. Pérdida de placer o interés por las tareas habituales.
3. Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Pérdida de energía o fatiga.
7. Sentimiento de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas.
8. Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
9. Ideaciones recurrentes de muerte, suicidio o deseos de estar muerto.

La mayoría de los estudiosos concuerdan que las causas de la depresión son por la influencia de dos factores: Factores biogénicos, como disposiciones hereditarias, congénitas, bioquímicas, etc., y factores psicosociogénicos, como problemas de orden económico, social, familiar, profesional, religioso, educacional, personal, etc.

La depresión afecta a personas de todas las edades y razas, entre ellas con mayor frecuencia a los adolescentes y mujeres. La depresión en adolescentes es un caso muy especial que merece atención, porque expresa tres aspectos importantes:

- La depresión del adolescente se presenta de una manera muy particular.

- Muchas veces se habla de crisis de la adolescencia, cuando lo que presenta son signos de depresión.
- Después de los accidentes, el suicidio es la segunda causa de morbilidad de los adolescentes (Schwob, 1995)

Por la magnitud que representa la depresión en la salud mental y las consecuencias que ésta causa en la población peruana en general, sobre todo por el alto porcentaje de suicidios, las propuestas de estrategias terapéuticas que vienen aplicándose actualmente son: El tratamiento farmacológico, electroshock y el tratamiento de psicoterapia, entre otros.

El universo de la psicoterapia es muy amplio y variado en enfoques, métodos y procedimientos, entre las que podemos citar la psicoterapia con el Método denominado EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares), método terapéutico que se ha utilizado como procedimiento para el tratamiento de pacientes depresivos que participaron en el presente estudio. En tal virtud y con el fin de realizar el presente trabajo de Investigación Experimental, me permito formular la siguiente interrogante:

¿La Psicoterapia EMDR aplicada a pacientes del grupo experimental, será efectiva en el tratamiento de la depresión, en comparación con pacientes del grupo de control que no reciben ningún tratamiento?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Aplicar la Psicoterapia “EMDR”: Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares, a pacientes del grupo experimental (G.E.) con síndrome de depresión y comparar los resultados obtenidos con pacientes del grupo de control (G.C.), que presentan síndrome de depresión y no reciben ninguna psicoterapia.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Evaluar la variable dependiente (depresión) de los pacientes del G.E. y G.C., antes y después del tratamiento de psicoterapia EMDR.
- b) Evaluar y comparar los resultados del G.E. y G.C., después de aplicar tratamiento de psicoterapia EMDR al G.E., y establecer las diferencias.

1.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

PSICOTERAPIA.- Es un conjunto de procedimientos y técnicas que tiene el propósito esencial de integrar las partes fragmentadas y desequilibradas del pensar, sentir, percibir y actuar, para que las personas restituyan su salud mental y puedan adaptarse adecuadamente al ambiente donde se desenvuelven.

TEORÍA INTEGRATIVA “EMDR”: Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimientos oculares.- Es una disciplina científica que estudia la mente y el cerebro como proceso, basado en la teoría de Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPÍA) y la estimulación sensorial bilateral, que pone en marcha el

sistema de procesamiento de la información a estados adaptativos, sustentado en la tesis que “todo ser humano tiene en su cerebro un mecanismo psicofisiológico natural o innato, que tiene la capacidad de procesar la información adaptativamente y almacenar dicha información en la memoria adecuada a fin de mantener un equilibrio emocional o salud mental” (Shapiro, 2004)

SISTEMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN A ESTADOS

ADAPTATIVOS.- Mecanismo mediante el cual, el sistema nervioso procesa los estímulos que ingresan a través de los sentidos, a fin de ser almacenados en el área cerebral adecuada de la conducta positiva del hombre. Este proceso es un mecanismo natural de la actividad cerebral, denominado autorregulación orgánica y mente.

DEPRESIÓN.- Es una enfermedad o síndrome caracterizado por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad.

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Por la implicancia que tiene el problema de la depresión y por la influencia que ésta ejerce en la salud mental, la presente investigación tiene especial relevancia para la ciencia psicológica y psicoterapéutica, tanto como aporte teórico, metodológico, práctico y de carácter social. Como valor teórico, la investigación aportará nuevos conocimientos

ordenados, fácticos y sistematizados, como tecnología terapéutica EMDR para el tratamiento de problemas de depresión, tanto a nivel asistencial como para la salud mental preventiva. Como valor metodológico, la presente investigación aportará procedimientos (protocolos) sistematizados y ordenados, para realizar el proceso de tratamiento en pacientes con síndrome de depresión, tomando en cuenta el grado de patología que afecta, la edad y la realidad socio-económica de las personas que sufren de depresión. Como valor práctico, el presente estudio permitirá utilizar como nuevo instrumento para el tratamiento de la depresión el método EMDR, con el fin de recuperar el bienestar de la salud mental de las personas que sufren de depresión. A nivel social, el propósito de la investigación es extender el beneficio de la psicoterapia asistencial y los programas preventivos hacia la comunidad en general, para aquellos que sufren de depresión, especialmente para las personas que viven en las zonas marginales del Perú profundo. En suma, la importancia de la presente investigación es el efecto terapéutico y preventivo del síndrome de depresión para preservar la salud mental y hacer una vida mejor.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones del presente trabajo de investigación es la carencia de fuentes bibliográficas acerca del Método de Psicoterapia “EMDR”, por ser relativamente nueva y poco difundido en nuestro medio. De modo que en el Perú todavía no existe una institución oficial ni entrenadores formados, que organicen la capacitación sistemática del

método EMDR, para la formación de psicoterapeutas en esa línea terapéutica.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Trabajos de investigación como el presente aún no se conocen a nivel nacional, sin embargo a nivel internacional hay una gran cantidad de investigaciones válidamente controladas, mediante el método científico, tanto de tipo descriptivo, causal y correlacional, como también investigaciones experimentales con muestras aleatorizadas. A continuación expondremos varios trabajos sobre la eficacia del procedimiento terapéutico del EMDR, mencionados por Shapiro (2004), en su libro EMDR.

Edmond, Rubin y Wambach (1999), aplicaron el Método EMDR en mujeres adultas que sobrevivieron al abuso sexual durante su infancia. Una cantidad compuesta de 59 mujeres fueron asignadas al azar a una de tres condiciones distintas: tratamiento EMDR individual, tratamiento individual de rutina y control de tratamiento postergado. Luego de 6 sesiones, sólo las mujeres que participaron en la terapia EMDR., superaron el problema y mantuvieron los beneficios en un 75%. También Ironson, Freud, Strauss y Williams (2003) realizaron una investigación controlada, en la que compararon el tratamiento EMDR con la terapia de exposición imaginal prolongada que se aplican a las víctimas de traumas. Ambas terapias demostraron efectos terapéuticos. El índice de mujeres que abandonaron el tratamiento fue significativamente menor en el grupo EMDR. Vale decir que 7 de 10 clientes EMDR fueron tratadas

exitosamente en las 3 sesiones activas, en comparación con 2 de los 12 clientes del tratamiento de exposición prolongada. Los clientes con EMDR redujeron en el 70% los síntomas de perturbación. Por su lado, Marcus, Marquis y Sakai (1997), hicieron un estudio controlado en el Hospital KAISER, con 67 individuos diagnosticados con Desorden de estrés postraumático (PTSD). Después del tratamiento concluyeron que el Método EMDR fue superior al tratamiento Kaise Care Convencional, en un 72%.

Asimismo, Renfrey y Spates (1994) en un estudio de componentes controlados, evaluó el papel de los movimientos oculares en 23 participantes, 21 de los cuales cumplieron con los criterios de diagnóstico PTSD. Se compararon 3 formas distintas de tratamiento EMDR: EMDR con movimientos oculares que se iniciaron al seguir visualmente el desplazamiento del dedo del clínico, EMDR con movimientos oculares producidos al seguir visualmente el rastro de un rayo de luz y EMDR fijando la atención visual, cuyo resultado final fue que EMDR con movimientos oculares fueron más eficientes en el 74%.

Shapiro, 1989^a (citado en Shapiro, 2004) en un estudio controlado con 22 víctimas de violación, abuso sexual y de combate bélico, comparó el tratamiento EMDR con un procedimiento de “anegamiento” modificado (modified flooding procedure) que fue empleado como placebo de control en cuanto a la exposición al recuerdo y a la atención del investigador. Los resultados fueron positivos a favor de EMDR, corroborados con estudios de seguimiento de 1 mes y 3 meses después del tratamiento. Mas allá de

los resultados positivos se presentaron inconvenientes en este estudio, debido a medidas estandarizadas.

Por otro lado, Wilson, Becker y Tinker (1995, 1997) en un estudio controlado, 80 personas con problemas de trauma fueron asignados al azar (37 de ellos diagnosticados con PTSD: Post Traumatic Stress Disorder) a condiciones de tratamiento postergado y cada uno fue asignado al azar a uno de cinco clínicos capacitados. Un asesor ciego independiente aplicó todas las medidas de auto reporte, antes y después del tratamiento y en un seguimiento realizado tres meses después. Previamente fue evaluado el alto grado de fidelidad al tratamiento de muchos de los clínicos participantes. Concluido el experimento los resultados arrojaron que en el 84% de sujetos diagnosticados con PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), se habían superado favorablemente con el tratamiento de EMDR.

Wilson, Silver Covi y Foster (1996) realizaron un estudio controlado que exploró la efectividad de la estimulación dual. La muestra estuvo formada por 18 sujetos que sufrían de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) y fueron seleccionados al azar para administrar movimientos oculares, palmadas y exposición. Después de concluir con la exposición de los estímulos, los resultados revelaron, únicamente para la condición de movimientos oculares, que la angustia del cliente quedó desensibilizada en una sola sesión y que automáticamente se obtuvo una respuesta de relajamiento aparentemente obligado que afloró durante las series de movimientos oculares. El estudio se vio obstaculizado debido a que no se realizó un diagnóstico convencional ni se evaluaron los síntomas.

Por su lado, Budewyns y Hyer (1996) estudiaron a 61 veteranos de guerra con PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) crónicos y fueron asignados al azar a una de las tres condiciones: El tratamiento con la teoría integrativa EMDR, tratamiento con EMDR con los ojos cerrados y terapia de grupo. Cada participante recibió ocho sesiones de terapia de grupo. Este estudio fue obstaculizado por el tiempo insuficiente que se le otorgó al tratamiento, lo cual permitió que se trataran únicamente uno o dos recuerdos, siendo que esta población sufría de traumas. En esta investigación, un asesor externo reportó que la fidelidad al tratamiento fue variable, y los clientes fueron evaluados por un evaluador "ciego" independiente. Los participantes en las tres condiciones mejoraron significativamente en una entrevista estructurada que midió los síntomas del PTSD y no se dieron diferencias entre los grupos. Los sujetos que participaron en las condiciones EMDR a ojos cerrados y EMDR mostraron una mejoría superior en las medidas fisiológicas y en las referentes al estado de ánimo, comparadas con los controles de la terapia de grupo. Este estudio indicó que posiblemente puedan lograrse mejores resultados si se agregan las condiciones de EMDR ó OC (EC) al tratamiento de grupo.

Finalmente, Shapiro (2004) refiere que Devilly, Spence y Rapee (1998) realizaron un estudio en el que pusieron a prueba los efectos producidos por el tratamiento EMDR en 51 veteranos de combate de la guerra de Vietnam, en un estudio con un proceso incompleto de asignación al azar. Se comparó el tratamiento EMDR con el tratamiento EMDR en el que se mantiene fija la mirada y con el apoyo psiquiátrico convencional. La

investigación resultó incompleto debido a que se dieron únicamente dos sesiones de tratamiento para esta población de traumas múltiples; no se reportaron controles de fidelidad. En la etapa posterior al tratamiento, todos los grupos mostraron una significativa mejoría en las medidas del PTSD, en el grado de depresión y de ansiedad y en la capacidad del sujeto de afrontar problemas. No se presentaron diferencias entre los tres distintos grupos. Las medidas de cambio confiable indicaron que 67% del grupo bajo tratamiento EMDR, 42% del grupo bajo el tratamiento EMDR con la mirada fija y 10% del grupo bajo cuidados convencionales mejoraron notablemente.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CONCEPTO DE PSICOTERAPIA

Para Shapiro (2004) la psicoterapia es el proceso de desensibilización y reprocesamiento de la información a estados adaptativos “SPÍA”, cuyo propósito es desbloquear el material perturbador producto del trauma emocional, para restituir la salud mental y permitir el bienestar del hombre.

Portuondo (1999) refiere que Wolberg afirmó que la psicoterapia “es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en el cual una persona entrenada al respecto establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objetivo de modificar, retardar o eliminar los síntomas patológicos existentes, promoviendo así el desarrollo positivo de la personalidad del enfermo”.

Por su parte Romano (citado en Portuondo, 1999) sostuvo que la psicoterapia “es la utilización de medios psicológicos para ayudar a personas enfermas”. Mientras tanto, Grotjahn (citado en Portuondo, 1999) afirma que la psicoterapia “incluye multitud de métodos, pero todos tienen una cosa en común, el intento de ayudar a un ser humano que sufre”. En cuanto Diethelm (citado en Portuondo, 1999) dijo que la psicoterapia “es toda forma o manera que utilizando todos los métodos psicológicos trata de producir cambios psicobiológicos beneficiosos”. Por su parte Whitaker (citado en Portuondo, 1999) dijo que la psicoterapia “es una operación interpersonal, en la cual la adaptación orgánica total de un individuo es catalizada por otro sujeto en tal forma que aumenta el nivel de capacidad del paciente”. Finalmente, Portuondo (1999) precisó “que la psicoterapia es un método que logra reestructurar y desarrollar una personalidad deformada logrando conducirla hacia la máxima realización posible de sí misma”

2.2.2 LA PSICOTERAPIA COMO CIENCIA

Es metódico, sistemático, ordenado y verificable. Es ciencia porque es concreta y pertenece al mundo animado (Portuondo, 1999)

2.2.3 LA PSICOTERAPIA COMO ARTE

Desde mi óptica de vista está dada por las diferentes tácticas y estrategias que utiliza el experto durante el proceso terapéutico.

2.2.4 EL PSICÓLOGO Y LA PSICOTERAPIA

El siglo XXI implica un marcado avance de las concepciones psicosociales, culturales y sociodinámicas (grupos), y el reto de los psicólogos que tiene la obligación de ofrecer servicios profesionales de carácter preventivo y asistencial, con el único propósito de lograr una salud mental equilibrada y de bienestar a favor del hombre como ser dotado de existencia (Portuondo, 1999)

2.2.5 LA TERAPIA CONDUCTUAL

Para la teoría conductual, el problema de la depresión se debe básicamente a la carencia de refuerzos que no recibe el sujeto de parte de la sociedad, debido a su inactividad y falta de motivación para interaccionar, interrelacionarse e intercomunicarse con los demás. En consecuencia, el tratamiento de la depresión consiste en una programación de actividades acompañadas de reforzamiento que tienda a activar al sujeto. Una vez que el sujeto se activa, se establece una realimentación positiva. Una de las limitaciones que expresa el sujeto con depresión, es sentirse agobiado y sin las fuerzas suficientes para funcionar y actuar en la vida diaria, solo ofrece realizar actividades cuando se recupere del mal que le aqueja, mientras tanto suele postergar la realización de cualquier actividad.

2.2.6 LA TERAPIA GESTALT

Para la terapia gestalt, la neurosis es un problema que aqueja al hombre y la depresión no es sino un aspecto que constituye parte componente de la neurosis. Fritz Perls (1973) llamó “el Perro de Arriba y el Perro de

Abajo”, a manera de escisión de la personalidad en la que el sujeto fracasa en la resolución de las demandas del medio, frente a la carga acumulativa de tensiones, no siendo consciente del conflicto entre dos componentes diametralmente opuestos de su personalidad. Estos componentes son actitudes y creencias introyectadas, que le fueron impuestas al sujeto en su infancia y que fueron aceptadas pasivamente en el individuo. En un sujeto deprimido, uno de los componentes de su personalidad estaría representado por su súper yo extremo, es decir, el Perro de Arriba que representa a las acciones impuestas autoritariamente, bajo la amenaza de recibir castigo y supresión de la carga afectiva, si el individuo no actúa siguiendo las pautas establecidas por las figuras o personajes representativas de su entorno familiar y social. Esas acciones son interiorizadas por el individuo como preceptos que rigen su personalidad y asume una función de vigilar el cumplimiento de las normas impuestas, como una especie de dictadura de su propio psiquismo en agravio de sí mismo (Perls, 1973). Contrariamente a la naturaleza autoritaria del “Perro de Arriba”, el “Perro de Abajo” representa a las actitudes y creencias que hacen referencia al supuesto desamparo, incompetencia y falta de adecuación del individuo al medio, al extremo que el individuo sin tener conciencia del conflicto, fracciona su personalidad entre lo que debería hacer y lo que hace, entre el amo y el esclavo, entre el agresor y la víctima. El neurótico se manipula a sí mismo y a los demás, a través de la expresión alternada y la proyección de las polaridades. De tal forma que el neurótico evita expresar esas partes fragmentadas que causan conflicto y experiencias inconclusas

perturbadoras, para crear agresión contra sí mismo y su medio ambiente, cuya consecuencia es la depresión que sufre el individuo.

2.2.7 LA TERAPIA COGNITIVA

Según Beck (1976) la depresión es la evidencia de los problemas cognitivos que tiene el individuo al evaluar su sí mismo, el mundo y su futuro, denominada la “Tríada Cognitiva”, según la cual sostiene que la depresión está relacionada con un pensamiento extremo y de términos absolutos, con objetivos rígidos y perfeccionistas. Si el individuo fracasa en alcanzar esos objetivos, tiende a la culpa y la depresión, acompañado de un alto nivel de autocrítica destructiva.

Para la teoría de Beck (1976) la depresión no está causada por un componente afectivo, como suele parecer a primera vista, sino por un problema cognitivo y en consecuencia, el tratamiento debe ser a nivel cognitivo, es decir, hacia una reestructuración del pensamiento erróneo del individuo o problema de tipo cognitivo. Además, Beck afirma que una razón de la depresión, son las cogniciones erróneas del individuo, causada por la experiencia de una gran pérdida, en el momento en que ésta resulta abrumadora para la persona. Beck se centra en el sistema de creencias negativas perturbadoras del individuo y trata de reestructurar, hacia un pensamiento o creencia positiva.

2.2.8 LA TERAPIA PSICOANALÍTICA

La depresión para teoría psicoanalítica, está basada en el desarrollo de la estructura mental del individuo y en el desarrollo psicosexual por los que todo sujeto pasa, es decir le da mucho énfasis a la naturaleza y dinámica del id o ello (libido y thánatos), ego, superego, inconsciente y conciencia. Le da importancia al control que ejerce el yo o ego sobre las demás instancias de la estructura mental. Para el psicoanálisis es importante indagar los sentimientos de agresión que subyacen en la exteriorización de la depresión. Los autores psicoanalíticos como Chadoff, 1974 (citado en Portuondo, 1999) al observar la dependencia de la persona depresiva, en relación a otros para mantener la autoestima, mencionan que las personas depresivas emplean varias técnicas, como la sumisión, manipulación, lástima, súplica, etc. para mantener las relaciones que necesitan, pero de modo ambivalentes hacia objetos externos.

2.2.9 LA TERAPIA INTEGRATIVA “EMDR”

Para referirme sobre la psicoterapia EMDR, necesariamente recurriré a la autora Francine Shapiro, que en año 2004 publicó su libro: “EMDR”: Eye Movement Desensitization And Reprocessing (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares), en donde señaló que su enfoque principal se basaba en reducir la ansiedad del cliente (como había sucedido en su propio caso con los movimientos oculares) y debido a que la modalidad que la autora seguía en aquella época era conductual, denominó al procedimiento: EMD: Eye Movement Desensitization (Desensibilización por medio de Movimientos Oculares). En efecto, vale precisar que EMDR, inicialmente fue una técnica

terapéutica de desensibilización conductual para reducir problemas de ansiedad, estrés, tensión, etc. de pacientes, mediante la técnica de movimientos oculares. A ésta técnica de desensibilización terapéutica, denominó Shapiro “EMD”, debido al efecto desensibilizador o reductor del grado de ansiedad que sufre la persona por medio de movimientos oculares. Posteriormente se convierte en “EMDR”, como enfoque integral de desensibilización y reprocesamiento, donde se incluye como objeto de estudio el área mental (imagen, cognición, emoción, sensaciones, etc.) y el cerebro, lugar donde se produce el procesamiento de la información, es decir, EMDR se convierte en una teoría para comprender la psicología del hombre y al mismo tiempo, es un método de terapia que tiene la función de activar el sistema de procesamiento de la información a estados adaptativos a través de movimientos oculares **(Shapiro, 2004, Pág. 1).**

La misma autora refiere que inicialmente la denominó EMD, después cambió a EMDR por cuestiones metodológicas. En relación al Primer Paradigma EMD, Shapiro sostiene que se trataría de un caso de desensibilización de experiencias emocionales perturbadoras (ansiedad), activadas por medio de movimientos oculares. Siendo así, se trata de la teoría conductista; y cuando se refiere al Segundo Paradigma “EMDR”, Shapiro afirma que el cambio de nombre del método, de EMD a EMDR en 1990, incluyó un cambio personal en orientación psicológica. Al respecto dijo:

Al inicio, partí de una formulación conductual, que intentaba una sencilla desensibilización de la ansiedad. Más tarde, esto se transformó en un paradigma

más integrativo del procesamiento de la información. Este paradigma incluye la aplicación, a la práctica clínica, de la terminología y de algunos conceptos de procesamiento de la información y de las redes asociativas originalmente presentadas por Lang (1977) y Coger (1981) (Shapiro, 2004, Pág. 13) Es más, la autora agrega que “debido al amplio reconocimiento que su nombre original ha recibido en el mundo entero, he decidido conservar su designación original así como sus siglas, en el entendimiento de que, al final de cuentas, guarda un significado histórico más que descriptivo “ (Shapiro, 2004, Pág. 1).

De este modo, EMDR se convierte en un enfoque integral de tratamiento psicológico, basado en el método de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares. EMDR es un enfoque integral porque es un método de psicoterapia que comprende tanto el aspecto mental (imagen, cognición, emoción, pensamiento, etc.) y el cerebro como actividad cerebral (procesamiento de la información a estados adaptativos SPÍA). Es en el cerebro donde se realiza el procesamiento y en la mente se forma las creencias.

2.2.9.1 ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA TEORÍA “EMDR”.

La Teoría Integrativa EMDR, fue propuesta por Francine Shapiro en Mayo de 1987. Se sabe que Shapiro por esa época, venía desempeñándose desde hace 8 años como investigadora del instituto mental llamado “Mental Research Institute” de Palo Alto, California, EE.UU., dedicada al estudio de la relación mente-cuerpo, dentro del enfoque de la psicología conductista; pero lo cierto es que el conductismo

rechaza toda función de carácter mental, con el argumento de que solo la conducta observable merece estudiar y teorizar. Con esta tesis, el conductismo niega cualquier actividad mental, justificando que nadie puede ver los pensamientos ni los sentimientos de las personas. En esas condiciones, Shapiro conoce muy bien que el conductismo es una psicología organicista y reduccionista, basado solo en conductas observables y cuantificables. Además, ella era consciente de la crisis que venía sufriendo el conductismo desde la segunda década del siglo XX, por su posición radical.

El otro aspecto principal de reflexión es saber ¿bajo qué circunstancias Shapiro llegó a denominar EMDR? Ella refiere que EMDR surgió a raíz de una experiencia circunstancial que vivenció, al caminar por un parque llamado Los Gatos (California), allá por el mes de Mayo de 1987. Allí se percató que sus pensamientos de angustia, acompañada de perturbación emocional, solía desaparecer sorpresivamente de su mente. Frente a ese hecho inédito, Shapiro trató de repetir la experiencia ocurrida, tratando de revivir intencionadamente esa perturbación, pero constató que sus pensamientos continuaban, sin provocar angustia ni perturbación emocional como venía ocurriendo en oportunidades anteriores. Esa experiencia fue motivo para que Shapiro, pueda dedicarse íntegramente a trabajos de investigación. Con ese propósito, lo primero que hizo es realizar un estudio vivencial consigo misma y para ello, nada mejor fue traer a su mente o recordar experiencias perturbadoras y acumuladas desde algún tiempo atrás. Una vez que experimentó la experiencia vivencial en forma deliberada, Shapiro concluyó afirmando

que toda vez que se instalaba un pensamiento perturbador en su mente, inconscientemente sus ojos se movían de izquierda a derecha o viceversa y de manera repetitiva. Posteriormente, se dio cuenta que ese pensamiento perturbador, acompañado de emociones negativas, habían desaparecido de su mente. De ese modo, el pensamiento negativo dejaba de perturbar su mente, no obstante repetir la experiencia perturbadora de modo intencional. Con ese resultado obtenido, Shapiro se propuso continuar la investigación con amigos, estudiantes y colegas que no tenían aparentes problemas psicológicos ni psiquiátricos. Para ello, Shapiro utilizó como procedimiento activador, los movimientos oculares diagonales. El criterio de este experimento ha consistido en pedir a los sujetos del experimento que pensarán en algún problema perturbador y luego proceder a inducir movimientos oculares. Concluido el experimento, Shapiro vuelve a corroborar que los supuestos hechos perturbadores en la mente de los sujetos experimentados, habían desaparecido sorpresivamente al término del experimento.

Al obtener esos resultados prometedores para la ciencia psicológica, como método de psicoterapia, Shapiro decide llevar a cabo un nuevo estudio controlado, para ello introduce dos modificaciones: En primer lugar, reorientó la dirección y la velocidad de los movimientos oculares, y en segundo lugar, solicitó a los sujetos del experimento que trataran de variar su atención y se concentraran en situaciones diferentes al hecho perturbador o trauma principal. La muestra para esta investigación estuvo formada por 60 personas, a quienes Shapiro les administró el procedimiento modificado de movimientos oculares. Después de concluir

ese procedimiento, comprobó haber producido cambios en las imágenes, pensamientos y emociones de los sujetos, hacia conductas positivas o adaptativas de paz interna. Con esa investigación, Shapiro llegó a concluir que algunos sujetos asociaban sus experiencias traumáticas y hacían aflorar recuerdos relacionados con los hechos perturbadores de sus experiencias anteriores, lo que demuestra y evidencia con alta probabilidad, de que los movimientos oculares estarían activando experiencias traumáticas almacenadas durante su vida. Tesis que fue verificada con estudios experimentales posteriores.

Después de realizar exitosos estudios experimentales consigo misma y con diferentes sujetos, Shapiro se propuso formular su primera hipótesis denominado “EMD”: Eye Movement Desensitization (Desensibilización por Movimientos Oculares). Basado en ese procedimiento, Shapiro realizó una serie de investigaciones controladas, utilizando como muestra de estudio a sujetos que tenían patologías psiquiátricas. Para la investigación, Shapiro tomó como muestra a pacientes con trauma emocional, diagnosticados con trastornos por estrés postraumático (TEPT), causado por violaciones sexuales y veteranos de guerra, tanto de Vietnam como de la segunda guerra mundial. La muestra de estudio de este grupo, estaba formado por 20 sujetos, cuyas edades oscilaban entre 11 y 53 años, con un promedio de 37 años. La duración del trauma sufrido por estos sujetos, era de 1 a 47 años. Al momento de integrar la muestra de estudio, estos sujetos se encontraban en tratamiento de psicoterapia, durante 2 meses como mínimo y 20 años como máximo. El lugar donde se realizó el trabajo experimental fue denominado Mendocino

por tratarse de la ciudad de Mendocino, California, EE.UU. Los criterios que estableció Shapiro para la selección de la muestra de estudio, fueron: Que los sujetos tengan un recuerdo traumático manifiesto, que les viene causando perturbación en el pensamiento, y segundo, que los sujetos hayan sufrido algún trastorno de estrés postraumático (TEPT), durante el último año. La muestra de estudio fue dividido en 2 grupos. Al Primer Grupo, se les invitó a que relaten sus experiencias traumáticas, sin someterles a movimientos oculares; mientras que al Segundo Grupo, se les invitó a que se concentraran en la experiencia perturbadora, seguido de movimientos oculares. Concluido el experimento realizado, Shapiro procedió comparar los resultados obtenidos y comprobó que en el Primer Grupo (control), la perturbación había aumentado a niveles superiores; mientras que en el Segundo Grupo (experimental), la perturbación había disminuido considerablemente en algunos sujetos y en otros, habían desaparecido la perturbación por completo. Con esos resultados de investigación controlada, Shapiro profundizó aún más sus estudios para darle mayor rigor científico a la teoría EMDR **(Shapiro, 2004, Pág. 7)**

2.2.9.2 NACIMIENTO DE LA TEORÍA INTEGRATIVA “EMDR”

Shapiro refiere, que después de publicar los estudios realizados con el primer paradigma “EMD”, observó que este método, además de desensibilizar las experiencias traumáticas de los pacientes a niveles adaptativos, también provocaba la remoción de material amnésico cognitivo almacenado en el cerebro, producto de experiencias

traumáticas asociadas al pensamiento perturbador principal del paciente. Con la verificación de este nuevo hecho ocurrido en algunos sujetos estudiados, Shapiro replantea su hipótesis inicial, agregando la “R” de Reprocesamiento (Reprocessing) y se propone formular su Segunda Hipótesis denominada “EMDR”. Para Shapiro, este nuevo paradigma representaba un procedimiento de suma importancia por su amplitud que el paradigma anterior, porque permitía describir y comprender clínicamente el pensamiento perturbador, incluyendo el material cognitivo. El paradigma “EMDR” fue formulado por Shapiro en 1990 y significó un cambio de paradigma conductista (EMD: Desensibilización) a un nuevo paradigma cognitivo (EMDR: Reprocesamiento de la información). Al plantear el paradigma cognitivo EMDR, Shapiro decide reorientar el estudio, poniendo especial énfasis en el área mental o aspecto cognitivo, tomando en cuenta hipotéticamente que en esa área se encontraría el pensamiento, los recuerdos, las imágenes, creencia negativa y positiva, etc. Sustentado en ese argumento, Shapiro se permite sistematizar principios, protocolos y procedimientos que tienen que ver con el sistema de procesamiento de la información a nivel del cerebro humano. Shapiro, sostiene que en el cerebro del hombre existe un mecanismo natural, preparado para procesar la información a estados adaptativos; es decir, el ser humano tiene por naturaleza, un sistema neurofisiológico y mental, preparado para realizar esas funciones con el propósito de mantener el equilibrio cerebro-mente. Para precisar mejor, Shapiro hace una analogía con el organismo y compara el trauma emocional con una herida física capaz de cicatrizarse por acción defensiva del cuerpo. “Aparentemente, el

sistema está configurado para procesar la información y restaurar la salud mental, de la misma manera en que el resto del cuerpo está programado para curarse cuando se le aflige una herida” **(Shapiro, 2004, Pág.19)**

2.2.9.3 EMDR COMO TEORÍA INTEGRATIVA

Shapiro (2004) considera los siguientes argumentos para sostener el carácter integrativo de EMDR. Así, el primer argumento que Shapiro sostiene, es afirmar que “el uso del método EMDR puede ser plenamente compatible con la mayor parte de las tendencias psicológicas” (Shapiro, 2004, Pág. 20); es decir, Shapiro concuerda con el enfoque psicodinámico de Freud, de quién asimiló el interés por el estudio de las experiencias de la tierna infancia. Del conductismo clásico, comparte las reacciones y conductas disfuncionales; del Método Centrado en Cliente de Rogers, el aspecto experiencial del paciente; de la Terapia Cognitiva de Ellis, el aspecto mental-cognitivo y de la Terapia Gestalt, el darse cuenta.

El segundo argumento de Shapiro es sostener que EMDR “a medida que el enfoque cognitivo-conductual ha llegado a reunir muchas y diversas técnicas, un cierto número de éstas son inherentes en los procedimientos integrativos del método EMDR. Sin embargo, como una forma de psicoterapia claramente distinta e integrativa, el método EMDR también incorpora aspectos de muchas de las principales tendencias psicológicas, incluida la experiencial (Bohart y Greenberg), la psicodinámica (Solomon y Neborsky y Wachtel, así como muchas otras” (Shapiro, 2004, Pág. 27)

El tercer argumento de Shapiro es afirmar que el método de EMDR guarda coherencia con investigaciones reportadas por el enfoque

psicodinámico, cognitivo, experiencial, conductual y sobre casos en el campo de la bioquímica. “Tanto para los propósitos de la investigación como de la práctica clínica, debe hacerse notar que el método EMDR constituye un enfoque complejo, que cuenta con una variedad de componentes que son considerados necesarios para lograr una efectividad plena” (Shapiro, 2004, Pág. 28)

En conclusión, la psicología EMDR es integrativo porque incorpora como objeto de estudio aspectos del enfoque mentalista, conductual y psicobiológico.

2.2.9.4 ARGUMENTOS CRUCIALES DE LA PSICOLOGÍA INTEGRATIVA EMDR.: CONCEPTOS, TEORÍA Y MÉTODO

Según Shapiro, EMDR se sustenta básicamente en la teoría denominada “Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos” (SPÍA) Basado en esta teoría se explica el proceso cerebral (actividad del cerebro) y proceso mental. La estructuración del modelo o paradigma mental, la personalidad, las emociones, los pensamientos, la cognición y las demás facultades mentales de la conducta humana, son determinados por efecto del Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPÍA) Shapiro pone especial énfasis en el aspecto disfuncional causada por traumas emocionales y en las consecuencias que estas ocasionan en el sistema de procesamiento natural del cerebro y de la mente.

“El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información establece que existe un sistema fisiológico innato que está diseñado para transformar la

información perturbadora en una resolución adaptativa y en una integración psicológicamente sana” (Shapiro, 2004, Pág. 54)

Es el cerebro que procesa la información y determina el modelo o paradigma mental y la personalidad del sujeto. Es decir, el pensar, sentir, percibir y actuar es producto del procesamiento de la información a nivel cerebral.

2.2.9.5 CONCEPTOS BÁSICOS DE “EMDR”

2.2.9.5.1 Procesamiento de la información como actividad cerebral

Para Shapiro, el cerebro humano es un sistema natural formado por subsistemas de neuro- redes, redes de recuerdos o redes mnemónicas que por su naturaleza tiene la función de procesar información, almacenar, recordar y reproducir de manera adaptativa. El cerebro humano por su estructura innata, percibe estímulos (hechos, experiencias, sucesos, etc.) provenientes del mundo externo a través de los sentidos (oído, vista, tacto, etc), procesa esa información, almacena en el registro respectivo, establece nexos de asociación y reproduce esa información almacenada a estados adaptativos, vale decir con las imágenes, las emociones, las sensaciones y las creencias adaptativas, cuantas veces sean necesarias. El resultado del procesamiento de la información como actividad cerebral, determina la formación del modelo o paradigma mental, que viene a ser el principal componente de la personalidad del hombre. Personalidad que le permite al ser humano pensar, sentir, percibir, expresar emociones y actuar en el ambiente donde se desenvuelve **(Shapiro, 2004, Pág. 33)**

2.2.9.5.2 Resolución adaptativa:

Durante el procesamiento de la información, el cerebro humano tiende a usar mecanismos de autorregulación como recurso de auto protección para mantener el equilibrio emocional o salud mental. Con ese fin el cerebro regula, acomoda o adecua a través de su mecanismo natural, ante la presencia de estímulos perturbadores que pudieran obstaculizar su función innata de procesar la información a estados adaptativos. En ese sentido, la resolución adaptativa es un mecanismo del cerebro que tiene la función de actuar con miras de producir emociones positivas que determine bienestar en el ser humano, es decir, hace que un problema perturbador determinado quede resuelto sin esa perturbación. Inicialmente una situación desagradable puede causar sufrimiento y preocupación, pero después de un tiempo suele desaparecer esa perturbación, debido al mecanismo innato y auto regulador del cerebro. Al respecto, Shapiro manifestó lo siguiente:

Por resolución adaptativa quiero decir que se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por el individuo y es integrado a un esquema cognitivo y emocional positivo. En esencia, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiadas y está disponible para ser usado en el futuro (Shapiro, 2004, Pág. 30)

2.2.9.5.3 Redes mnemónicas o redes de recuerdos

La hipótesis de Shapiro es sostener que las redes mnemónicas que se encuentran en el cerebro está referido a la estructura neurofisiológica, donde se almacenan todos los elementos componentes del proceso vivencial o experiencia vivida por la persona. Sobre las redes mnemónicas Shapiro manifestó:

“Nuestra hipótesis acerca del innato sistema de procesamiento de información del cerebro nos lleva al concepto de las redes mnemónicas o redes de recuerdos asociados. En términos muy sencillos, una red mnemónica representa un sistema asociado de información. Nadie sabe qué apariencia tienen las redes mnemónicas, pero podemos imaginarlas metafóricamente como una serie de canales en donde se almacenan los recuerdos, los pensamientos, las imágenes, las emociones y las sensaciones relativas y donde unos se vinculan con otros” **(Shapiro, 2004, Pág. 33)**

2.2.9.5.4 Cognición

Cognición es entendido como un conjunto de cualidades del pensamiento, cuya función es interpretar y representar experiencias, dándole el significado de creencias como si fuera una realidad. Cognitivamente la persona tiene una creencia positiva o negativa sobre sí mismo en el presente. Se percibe y se valora cognitivamente con esa creencia que está instalado en su pensamiento. En el proceso cognitivo intervienen la percepción, atención, memoria, razonamiento, imaginación, toma de decisiones, pensamiento y lenguaje. Una creencia viene a ser como un cristal por medio del cual observamos la realidad y la nuestra.

En relación a la función de la cognición Shapiro dijo:

El término cognición ha sido usado muchas veces para definir todas las representaciones conscientes de la experiencia. En el método EMDR lo usamos para significar una creencia o una evaluación. Por lo tanto, la cognición representa la interpretación que el cliente realiza en el presente sobre su ser y no constituye una mera descripción. (Shapiro, 2004, Pág. 58)

La cognición puede ser negativa o positiva. La cognición negativa conlleva una creencia de desvalorización de sí mismo, por ejemplo la persona que dice: “No valgo para nada” o “soy mala persona”. La persona se percibe con esa creencia negativa que se instaló en su pensamiento y es extendido a sus emociones, imagen y sensaciones. Mientras que la cognición positiva es una creencia valorativa positiva que la persona tiene de sí mismo, como el percibirse: “Soy fuerte”, “Soy capaz”.

2.2.9.5.5 Emociones

Para Shapiro, las emociones vienen a ser fenómenos psicofisiológicos que determinan procesos adaptativos ante ciertos cambios de la realidad socio-ambiental, activando las neuro redes, alterando la atención y haciendo subir de rango ciertas conductas en la jerarquía de respuestas de la persona. Fisiológicamente las emociones producen respuestas variadas, incluyendo expresiones faciales, músculos, voz, actividad del sistema nervioso autónomo y sistema endocrino en busca de niveles adaptativos. Conductualmente, las emociones sirven para condicionar

nuestra posición en relación al entorno, acercándonos a algunas personas, cosas, ideas, etc. y alejándonos de otras.

Shapiro sostiene que “los recuerdos que afloran pueden vincularse con la emoción primaria inherente al suceso. Por ejemplo, el procesamiento del recuerdo de un negocio fracasado, que genera en el cliente emociones de desesperación, puede ser seguido por un recuerdo de haber sido abandonado por su madre o su padre, lo cual constituye un suceso asociado con la misma emoción. Aún cuando se pudiera encontrar una cognición que podría vincular ambos sucesos apropiadamente, lo que resulta fundamental para el cliente es la emoción abrumadora” (Shapiro, 2004, Pág. 82)

En opinión de Shapiro, la importancia de las emociones tiene que ver con los cambios después del procesamiento de la información. De tal modo que el nivel emocional puede aumentar drásticamente antes de que el recuerdo alcance una resolución adaptativa. “A medida que el recuerdo es procesado, las emociones asociadas pueden disminuir en intensidad” **(Shapiro, 2004, Pág. 86).**

Un trauma puede provocar en una persona emoción de dolor, desagrado y malestar; pero si ese trauma es superado a través de la psicoterapia, el dolor y el malestar disminuye o desaparece y preserva el equilibrio emocional.

2.2.9.5.6 Imagen mental

La imagen mental representa la expresión gráfica de las imágenes que el cerebro elabora ante sucesos, hechos, fenómenos y experiencias vividas por la persona. Queda representado internamente o en la mente, las características de esos hechos o sucesos como si la persona estuviese reviviendo en el aquí y ahora. El olor, el color, el tamaño, el ruido, la mirada, los gestos y demás características del suceso, tanto de personas como de objetos, están presentes vívidamente en la mente. El sujeto puede decir que tiene en su mente la imagen del rostro, la forma, el color, el olor y demás características como si estuviera ocurriendo en este momento. El ser humano tiene en su cerebro una imagen de cómo es el espacio geográfico del lugar donde está, pero esta representación no es la realidad objetiva, sino la percepción que tiene cada persona desde su óptica. La imagen trata de aprehender una cosa real que está frente a la percepción. En la conciencia de imagen aprehendemos un objeto como análogo de otro objeto. El contenido puramente psíquico de la imagen mental no puede escapar a esta ley.

Para Shapiro es crucial el concepto de imagen mental, ya que implica un aspecto muy importante para entender la magnitud de la imagen perturbadora en la personalidad del sujeto, para determinar cuánto afecta y provoca sufrimiento en su psiquismo. A Shapiro le interesa solo evaluar las imágenes mentales perturbadoras y cómo disminuir los o eliminar los para que se convierta en adaptativo, mediante el reprocesamiento de la información.

Sobre la importancia de la imagen mental, Shapiro señaló:

*Sostengo la teoría de que el sistema de procesamiento de información es adaptable cuando se le activa, ya que las víctimas de abuso sexual inician un tratamiento EMDR con una **imagen negativa** de sí mismas en referencia al suceso y, consistentemente, terminan por tener una evaluación positiva de sí mismas” (Shapiro, 2004, Pág. 32)*

El problema no es la imagen mental positiva, sino la imagen negativa o perturbadora en la mente o psiquismo del sujeto que significa dolor y sufrimiento. Es allí donde está dirigido el interés de Shapiro.

Como ya se ha indicado, la imagen del suceso que constituye el blanco del tratamiento puede transformarse en una imagen de un suceso diferente, aunque asociado, o puede desplazarse hacia un aspecto diferente del mismo suceso. Sin embargo, la imagen también puede cambiar de contenido o de apariencia. En un cambio de contenido, un rostro de burlón puede transformarse en un rostro sonriente o sea la imagen puede cambiar. (Shapiro, 2004, Pág. 84)

2.2.9.5.7 Abreacción

Abreacción es una descarga o el modo de liberar la tensión emocional que está asociada a una idea, conflicto o recuerdo desagradable de una experiencia. El proceso de abreacción se produce al momento de revivir experiencias emocionales traumáticas que fueron almacenadas en las redes de la memoria. Es muy frecuente que un sujeto afectado por un trauma emocional, reaccione ante ese hecho de modo reflejo con una intensidad de descarga emocional, acompañadas de sensaciones físicas. Durante el procesamiento de la información es normal la presencia de una o varias abreacciones, debido a la existencia de un alto nivel de carga

emocional, acompañado de perturbación por estar almacenado en el cerebro del paciente, mucho material disfuncional perturbador.

Shapiro sostuvo que:

La abreacción es definida por el método EMDR como un estado en que el cliente experimenta el material estimulado a un alto nivel de perturbación. Debido a que la abreacción es una parte natural del procesamiento e integración de algunos individuos, los clínicos que emplean el método EMDR deben sentirse cómodos cuando sus clientes experimentan niveles potencialmente altos de emotividad (Shapiro, 2004, Pág. 199)

En opinión de Shapiro, mientras se produce el procesamiento de la información relacionado al trauma que perturba al sujeto, es probable que afloren a la conciencia imágenes, pensamientos, sensaciones físicas y emociones que están relacionados con el trauma original. A ello se debe que en la abreacción, las sensaciones físicas y las emociones son intensas, tal como ocurrió durante el suceso mismo. Por esa razón Shapiro sostiene que la abreacción es un elemento sumamente importante que debe ser tomado en cuenta durante el procesamiento de la información y sobre todo, tomando en cuenta el grado de perturbación traumática del sujeto. Para Shapiro, la abreacción tiene un principio, una etapa intermedia y, un final, por lo que es necesario establecer pautas para evaluar clínicamente y controlar el procesamiento de la información de material perturbador, producto de trauma emocional.

2.2.9.6 SUSTENTO TEÓRICO DE “EMDR”

2.2.9.6.1 TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Shapiro (2004) sostiene que el fundamento de EMDR se basa en la teoría del MODELO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN A ESTADOS ADAPTATIVOS (SPÍA) ¿Qué sostiene Shapiro en esta teoría? Para ella, el sistema nervioso del ser humano, tiene un mecanismo natural inherente al organismo, que es la capacidad de procesar información (estímulos) que provienen del medio externo a fin de adecuar a estados adaptativos. La tesis de Shapiro es sostener que el cerebro humano por naturaleza, procesa información de modo natural (innato), siempre y cuando que la presencia de estímulos o agentes exógenos que vienen del mundo externo, no sean traumáticos (dañinos) ni vulnere la capacidad natural de autorregulación de la actividad cerebral. Shapiro, haciendo uso de metáforas afirma que cuando se produce un trauma emocional, el mecanismo natural de procesamiento de la información del cerebro humano, no logra cumplir con esa función innata de procesar, debido a un exceso de estímulos perturbadores que interrumpen la acción natural del cerebro, y para restituir ese impedimento es necesario intervenir desde afuera, mediante movimientos oculares bilaterales o sus equivalentes, como si fuera una especie de microcirugía a distancia, semejante al trabajo de un cirujano que sutura una herida, a fin de activar el mecanismo natural de autocuración del cuerpo. De modo similar ocurre también con el cerebro y la mente humana. Al respecto, Shapiro sostuvo lo siguiente:

Parece que existe un Sistema innato de Procesamiento de la Información en todas las personas y que las patologías se presentan debido a que este mecanismo ha sido impedido. Por lo tanto, se localiza el recuerdo perturbador y se activa el sistema, la información es llevada a una resolución adaptativa. La observación de miles de sesiones de tratamientos EMDR parece corroborar dicha conjetura. Aparentemente, el sistema está configurado para procesar la información y restaurar la salud mental, de la misma manera en que el resto del cuerpo está programado para curarse cuando se le inflige una herida. Esta creencia constituye la base sobre lo que está sustentado el modelo EMDR, que básicamente se centra en el paciente, y el cual supone que los cambios que se llevan a cabo en las cogniciones y los niveles sentimentales o emotivos del paciente durante el tratamiento EMDR, tenderán a alcanzar un nivel óptimo con una mínima intrusión de parte del clínico (Shapiro, 2004, Pág. 18)

Para una mayor explicación y entendimiento de lo que venimos tratando, es importante esclarecer la siguiente interrogante: ¿Qué es y cómo es el procesamiento de la información en el hombre? Para responder a esta interrogante, recurriremos a la metáfora del procesamiento de datos de un ordenador. Procesamiento de datos se refiere a las acciones técnicas mecánicas, eléctricas o electrónicas que son utilizados para manipular datos. Un dato es un símbolo lingüístico o numérico que tiene una representación concreta o abstracta, como: 1, 2,3. Los datos se convierten en información al ser transformada a través del procesamiento. De este modo, los datos al ser procesados, se convierten en información útil para la toma de decisiones del hombre.

Metafóricamente hablando, el procesamiento de la información humana es comparado con una máquina o los ordenadores de una computadora,

pero hay que distinguir que la naturaleza de la mente humana es consciente, creativa, subjetiva, intencional, flexible y mucho más compleja que una máquina.

Hablar del procesamiento de la información del cerebro humano, es establecer una analogía con un ordenador de una computadora; pero una cosa es un ordenador y otra es el cerebro humano, en consecuencia la pregunta sería ¿cómo el cerebro humano procesa la información y almacena los datos obtenidos del medio externo? En primer lugar, esta pregunta nos invita precisar y aclarar que el canal o la puerta de entrada de los estímulos que vienen del mundo externo al cerebro humano, se realiza a través de los sentidos, llámese vista, oído, tacto, gusto y olfato. La percepción empieza en las células receptoras por ser éstas sensibles a los estímulos, seguidamente las vías sensoriales se conectan con el receptor de las estructuras centrales del procesamiento y una vez concluido el proceso, el cerebro construye la representación interna. Quiere decir que el cerebro no registra el mundo externo como tal, sino el mapa.

La dinámica del procesamiento de la información en el hombre, empieza cuando un determinado estímulo externo impacta en uno de los sentidos que puede ser la vista, el tacto, el oído, etc. (información recibida en el Registro Sensitivo), seguidamente pasa la información seleccionada a la Memoria a Corto Plazo para su almacenamiento breve y por último queda almacenado en la Memoria a Largo plazo por mas tiempo.

Sabemos que el procesamiento de la información en el ser humano, es el cerebro que metafóricamente está comparado con una máquina ú

ordenador de una computadora. El cerebro humano está formado por dos hemisferios: Derecho e izquierdo, conectados por el cuerpo calloso, donde se encuentran los cables de fibras nerviosas que unen ambos hemisferios. Cada hemisferio tiene una función específica de tipo cognitiva y como tal, percibe la realidad a su modo; o sea, tiene su propia forma de percibir el mundo externo, como también de procesar la información, pero a pesar de ello, ambos actúan como una unidad. El hemisferio izquierdo procesa la información en forma analítica, lógica y lineal; es decir, analiza, abstrae, cuenta, mide el tiempo, planea, piensa en números y palabras, etc.; mientras que el hemisferio derecho percibe y procesa de manera global y sintetiza la información en términos de totalidad. El hemisferio derecho es intuitivo, piensa en imágenes, símbolos y sentimientos. Por estudios realizados, se ha demostrado que las creencias positivas, así como los recursos son almacenados en el hemisferio izquierdo, mientras que las creencias, los recuerdos y las emociones negativas quedan almacenados en el hemisferio derecho.

(Arazi y otros, 2004)

Comparar al cerebro humano con una máquina o simplemente hablar de la metáfora del ordenador, y muchas veces, metáfora del ser humano, es aún poco convincente. Siendo así, la pregunta sería ¿cuál es la explicación más científica? Tal vez podamos clarificar mejor con un análisis filosófico y para ello, no nos queda otro camino que el de rastrear la historia. En ese sentido, algunos estudiosos ubican la aparición y desarrollo del cuestionado problema “Procesamiento humano de la información”, en los EE.UU., a fines de la década de 1950. Una de las

razones sobre la aparición de la teoría del procesamiento humano de la información, fue precisamente la crisis que venía ocurriendo en la psicología conductista por su posición radical, contra la psicología mentalista, y por otro lado, el surgimiento de las tecnologías cibernéticas, de las teorías de la comunicación y de la lingüística, que dio pie al nacimiento de la Psicología Cognitiva, interesado en retomar el estudio de los procesos mentales, apoyado en la metáfora de la computadora. Basado en la teoría del procesamiento de la información, la psicología cognitiva se dedica describir y analizar procesos cognitivos de la percepción, atención, comprensión, memoria, resolución de problemas mentales, entre otros. El cerebro humano no obstante su capacidad limitada comparado con una computadora, es una máquina perfecta que procesa información de manera inconsciente y consciente. La conciencia humana tiene el atributo de percibir y contactarse con el aquí y ahora (presente), pasado y el futuro. Tiene también la capacidad del darse cuenta, asumir responsabilidad, como también de reconocer la realidad objetiva y subjetiva. El cerebro humano es esa compleja máquina que percibe estímulos, lo procesa, almacena y reproduce voluntaria e involuntariamente. El cerebro humano toma decisiones en base a interés y estado emocional, mientras que la máquina espera ser activado por acción del hombre.

Ahora bien, la teoría del procesamiento de la información a estados adaptativos (SPÍA), que sustenta a la psicología Integrativa EMDR de Shapiro, se basa fundamentalmente en que el cerebro del hombre, por naturaleza procesa la información (experiencias o vivencias) de modo

innato y almacena el producto adaptativo en la estructura cognitiva correspondiente, vale decir, que el cerebro humano cuenta con un mecanismo natural o innato que tiene la función de procesar vivencias o experiencias desde la niñez y durante todo el tiempo. El producto de ese procesamiento de la información (experiencias o vivencias), son asimilados y almacenados adecuadamente de modo natural en el área de la estructura cognitiva cerebral correspondiente, para convertirse después en un paradigma mental que determina el modelo de pensar, sentir, percibir, actuar y ser del ser humano, dentro de sus diferentes roles de comportamiento en general. Cuando el procesamiento de la información (experiencias o vivencias) es interrumpido por un trauma emocional, causado por experiencias desagradables o dañinas, ese mecanismo innato o natural que existe en el hombre, quedará bloqueado e impedido de continuar el procesamiento, cuya consecuencia es la patología, llámese estrés, depresión, ansiedad, angustia, frustraciones, temores, fobias y demás trastornos emocionales.

Shapiro reafirma que el procesamiento de la información es un mecanismo natural en el hombre, sosteniendo:

Que en todos nosotros existe un sistema inherente que está psicológicamente adaptado para procesar la información, hasta alcanzar un estado de salud mental. Esta resolución adaptativa significa que han desaparecido las emociones negativas y que el aprendizaje se ha iniciado, que ha sido integrado debidamente y que está disponible para ser usado en el futuro. Es posible que el sistema se desequilibre debido a un trauma o debido al estrés engendrado durante un período de desarrollo, pero una vez activado apropiadamente y

mantenido en un estado dinámico por medio del método EMDR, podrá transmutar la información rápidamente a un estado de resolución terapeuta apropiada. La desensibilización, las comprensiones profundas espontáneas, la estructuración cognitiva y su asociación con sentimientos o emociones positivas y con recursos positivos son vistos como efectos secundarios del reprocesamiento adaptativo que se lleva a cabo a nivel neurofisiológico”
(Shapiro, 2004, Pág. 16)

Es más, la autora sostiene “que los recuerdos disfuncionales que subyacen en la psique son los principales responsables de las características patológicas de la personalidad y que éstas pueden ser alteradas estructuralmente” **(Shapiro, 2004, Pág. 19)**. En esencia, el procesamiento de la información a estados adaptativos, permite al cerebro humano de modo innato, almacenar todo lo que resulta útil y saludable para la salud mental. Estado adaptativo es definido por Shapiro, como la capacidad de establecer “conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por el individuo y es integrado a un esquema cognitivo y emocional positivo”
(Shapiro, 2004, Pág. 30)

Shapiro enfatiza y sostiene que nuestra hipótesis acerca del innato sistema de procesamiento de información del cerebro nos lleva al concepto de las redes mnemónicas o redes de recuerdos asociados. En términos muy sencillos, una red mnemónica representa un sistema asociado de información. Nadie sabe qué apariencia tienen las redes mnemónicas, pero podemos imaginarlas metafóricamente como una serie de canales en donde se almacenan los

recuerdos, los pensamientos, las imágenes, las emociones y las sensaciones relativas y donde unos se vinculan con otros (Shapiro, 2004, Pág. 33)

2.2.9.6.2 CEREBRO Y MENTE COMO CONCEPCIÓN HOLÍSTICA O TODO UNIFICADO

Para la Teoría Integrativa EMDR, el concepto de cerebro y mente es visto como un proceso todo unificado e interdependiente. Funcionalmente existe una influencia recíproca entre cerebro y mente (el hemisferio cerebral derecho actúa sobre el hemisferio cerebral izquierdo y viceversa). No obstante ser dos entes distintos, sin embargo actúa como un todo unificado entre estas dos instancias. Así podemos ver, que una experiencia traumática vivenciada por el hombre, de hecho puede causar simultáneamente perturbación en la imagen, en la cognición, en las emociones, en el cuerpo, en las percepciones y demás áreas. El ejemplo es el caso de un trauma emocional, producto de una violación a una menor de edad. La menor violada puede percibir la imagen perturbadora del violador, tener una creencia negativa en su cognición, sentir miedo o fobia, temblores en el cuerpo o palpitaciones en el corazón, etc. El simple hecho de evocar esa situación traumática, puede provocar en la violada todas esas perturbaciones a nivel físico y mental, lo que demuestra que un trauma de esta magnitud, produce respuestas como un todo unificado; es decir, cuerpo y mente son afectados simultáneamente. De modo que para la Teoría Integrativa EMDR, cerebro y mente es visto con una concepción holística o un todo unificado y coherente. Esto quiere decir, que cuerpo - mente coexisten y actúan juntos, bajo un proceso integral y coordinado. Una comprensión holística del hombre, implica un

funcionamiento unificado y coherente del cuerpo (cerebro), emociones, pensamientos (mente), cultura, sensaciones, comportamiento, etc., vale decir, que todos ellos corresponden a un mismo hecho del hombre como ser y como existencia. Al respecto Latner (1988) sostuvo que “Holísticamente no podemos entendernos a nosotros mismos en la simple suma de nuestros conocimientos sobre el corazón, el cerebro, el sistema nervioso, los miembros, el sistema circulatorio. No somos solo una acumulación de funciones. La expresión de esto en lenguaje ordinario, es: El todo es mayor que la suma de sus partes” (Latner, 1988; pág. 15)

El cerebro y la mente, funciona como un todo unificado sustentado en el concepto de que la naturaleza humana es una máquina que actúa como una estructura única e integral, en la que las partes influyen en el todo y el todo en las partes.

2.2.9.6.3 AUTORREGULACIÓN COMO MECANISMO NATURAL DE EQUILIBRIO CEREBRO – MENTE.

Para EMDR, la naturaleza humana está dotada de un mecanismo natural innato, que permite mantener una armonía entre cerebro-mente y medio ambiente. Para conservar ese equilibrio, el cerebro y la mente o mejor el hombre, procesa la información, interactúa, asimila, acomoda, se organiza y se adapta a su medio de vida. El organismo sabe lo que necesita y en razón a ella, el mismo se auto regula con el fin de mantener el equilibrio. Ante una enfermedad, el organismo crea sus defensas, lucha, realiza la autosanación, mantiene el equilibrio y conserva la salud. Shapiro afirma lo siguiente:

Inherente en el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información se encuentra el concepto de la autosanación psicológica, que es un constructo basado en la respuesta curativa del cuerpo cuando sufre una herida física. Por ejemplo, cuando uno se corta una mano, el cuerpo trabaja para cerrar y curar la herida. Si algo obstaculiza dicha sanación, como un objeto extraño o la repetición del trauma, la herida se infectará y provocará dolor. Si el obstáculo es retirado, el proceso de sanación seguirá su curso. Lo mismo ocurre con los procesos mentales. Es decir, la tendencia natural del sistema de procesamiento de información del cerebro es desplazarse hacia un estado de salud mental” (Shapiro, 2004, pág. 31).

Cuando los recursos disponibles del organismo, son insuficientes ante la invasión de agentes patógenos, surge el desequilibrio y la enfermedad, como si fuera un grito de alarma del organismo que pide ayuda. Esto indica que el mecanismo natural de autorregulación del organismo, ha sido interrumpido. Hecho similar ocurre con el cerebro ante la presencia de un suceso traumático que vulnera la capacidad natural de autorregularse. Un hecho traumático inunda y bloquea al cerebro, dificultando la función natural de procesamiento de la información a nivel de estados adaptativos, debido a que el suceso traumático es intenso y supera la capacidad innata del cerebro de procesar la información. En relación a esta deficiencia autorregulativa, Shapiro (2004) señaló lo siguiente:

Si el sistema está siendo obstaculizado o sufre un desequilibrio debido al impacto de un trauma, se pueden observar respuestas de una adaptación equivocada. Estas respuestas pueden ser detonadas por estímulos del presente o quizá por el intento que realiza el mecanismo de procesamiento de la información para resolver el material. Por ejemplo, la víctima de una violación posiblemente continúe recordando, de manera automática, escenas de la violación en un intento impedido por alcanzar una resolución y completar el procesamiento (Horowitz, 1970). Si se retira el obstáculo, el procesamiento seguirá su curso y conducirá la información hacia un estado de resolución adaptativa y su integración funcional” (Shapiro, 2004, pág. 32)

El procesamiento de la información del cerebro humano, es una actividad innata que está estructurada para autorregularse a través de las redes mnemónicas o redes de recuerdo, cuyo propósito es preservar el equilibrio emocional y la salud mental del hombre. La autorregulación es un proceso complejo donde el organismo está en constante lucha por mantener el equilibrio, tanto por el afán de satisfacer una necesidad o por eliminar los excesos. Este proceso es realizado por el organismo con tanta sabiduría como si tuviera conciencia de realidad. Saber lo que necesita el cuerpo; y ante la carencia, satisfacer esa necesidad para mantener el equilibrio, no es sino sabiduría del organismo de autorregularse. En relación con esta idea, Latner (1988) afirmó que “En la autorregulación del organismo está implícita la idea de que los organismos tienen conciencia. Para conocer su propio equilibrio, encontrar y obtener lo que necesitan cuando se rompe dicho equilibrio, los organismos tienen que estar concientes de sí mismos” (Latner, 1988, pág. 25)

2.2.9.6.4 HIPOTESIS QUE SUSTENTA LA TEORÍA “EMDR”

El modelo de procesamiento de la información a estados Adaptativos (SPÍA), es el sustento teórico que fundamenta la Teoría Integrativa EMDR y se basa en las siguientes hipótesis:

- a)** En el cerebro humano existe un sistema neuro fisiológico de procesamiento de la información, a través del cual las nuevas experiencias y la información son procesados a un estado adaptativo.
- b)** La información obtenida se almacena en redes de la memoria del cerebro, conjuntamente con los pensamientos, imágenes, recuerdos auditivos, olfativos y sensaciones corporales.
- c)** Las redes de la memoria se organizan por el principio de relación, alrededor del evento más temprano.
- d)** Las experiencias traumáticas y las necesidades interpersonales no satisfechas, durante períodos de desarrollo crucial, pueden producir bloqueos en la capacidad adaptativa del sistema de la información, lo que va impedir resolver eventos traumáticos perturbadores.
- e)** Cuando una información de experiencia traumática o perturbadora es almacenada en las redes de la memoria y ésta no ha sido procesada adaptativamente, dará lugar al surgimiento de reacciones disfuncionales.
- f)** El resultado del procesamiento de la información a estados adaptativos, produce aprendizaje y salud emocional positiva en la persona con la posibilidad de dar respuestas adaptativas e integradas.
- g)** El procesamiento de la información está facilitado a través de tipos específicos de estimulación sensorial bilateral. Basada en datos a través

de la experiencia y la observación. Shapiro se ha referido a esta estimulación como estimulación bilateral y estimulación de atención dual.

h) Alternando la estimulación visual, auditiva y táctil de izquierda a derecha, combinada con otros pasos del procesamiento específico de EMDR, se incrementa el procesamiento de la información.

i) Por lo general, las estrategias específicas focalizadas en un acceso suficientemente estimulante a la información disfuncionalmente almacenada, generalmente necesita ser combinada con estimulación bilateral para producir el procesamiento de la información a estados adaptativos

j) Los procedimientos de EMDR fomentan un estado de equilibrio o atención dual entre la información internamente accedida y la estimulación bilateral externa. En este estado, el paciente experimenta simultáneamente el recuerdo perturbador y el contexto presente.

k) La combinación de los procedimientos de EMDR y la estimulación bilateral resulta en una disminución de la intensidad de las imágenes del recuerdo perturbador y el afecto relacionado, facilitando el acceso a una información más adaptativa y forjando nuevas asociaciones dentro de las redes de memoria y entre ellas.

2.2.9.6 DEPRESIÓN

Etimológicamente, depresión viene del vocablo “depressio” que significa hundimiento, es decir, paciente hundido como accionado por un peso sobre su ser y como consecuencia se siente impedido de vivir en paz y tranquilidad. Para el método EMDR de Shapiro, depresión es una

perturbación grave por un almacenamiento disfuncional de material traumático en el área cerebral, que impide y bloquea el procesamiento innato de la información a estados adaptativos, provocando en la persona profundo sufrimiento emocional, cognitivo (imágenes perturbadoras) y malestar físico generalizado (Shapiro, 2004)

Rojtenberg (2001) define la depresión “como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio –ocupacional” (Rojtenberg, 2001; pág.1)

De La Garza (2004) afirma que la depresión “es una enfermedad caracterizada por un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o capacidad para sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y un sentimiento de inutilidad” (De La Garza, 2004; pág. 7)

2.2.9.7.1 LA DEPRESIÓN VISTO A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La depresión fue concebida de diferentes formas a través de la historia, así por ejemplo, para algunos ha sido catalogado como posesión demoníaca y para otros, influenciados de malos espíritus. El primer abordaje serio sobre la depresión fue hecho por Hipócrates, quién acuñó la palabra melancolía por el exceso de bilis negra, que estaría depositado en el cerebro, dando lugar a la etiología de la depresión. Con Hipócrates,

empezó a surgir teorías psiquiátricas acerca de la depresión, naturalmente sin mayor precisión del problema en sí. En el siglo II, Areteo de Capadoccia, fue quién rechazó la concepción de Hipócrates, para atribuir que la etiología de la depresión obedece a factores de tipo psicológico (Rojtenber, 2001; pág. 4). En la edad media y renacimiento, se pensó que la depresión se debe al castigo divino y posesión del demonio. A fines de 1800, Kraepelin argumentó y aportó a la psiquiatría, precisando la patología en tres categorías: La demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maníaco depresiva, atribuyéndole como causa el factor orgánico. A partir de ese momento, los estudiosos pusieron énfasis en el elemento endógeno como causa de la depresión y empezaron a elaborar criterios para determinar cuadros nosográficos.

A comienzos del año 1900, Freud y Abraham publicaron sus hipótesis psicodinámicas sobre la depresión, sosteniendo que una de las causas de la depresión sería por la pérdida de un objeto amado (trauma por la pérdida de un objeto amado). En 1960, basado en estudios psicodinámicos se publicó una hipótesis novedosa sobre aminérgica de la depresión de Schildkraut, donde se afirma que la depresión estaría producida por un déficit de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina; esta hipótesis causó una revolución por sus efectos terapéuticos en el tratamiento farmacológico de la depresión, debido a que obedecía a causa endógena y, en consecuencia, había que administrarse psicofármacos antidepresivos para que el paciente supere la depresión. Desde la fecha que se administró antidepresivos, los éxitos del tratamiento farmacológico dieron resultados del orden del 70%, para

superar la depresión de causa orgánica o bioquímica (Rojtenberg, 2001; pág. 5)

2.2.9.7.2 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

Tomando en cuenta que el hombre es una unidad biopsicosocial, la etiología de la depresión obedece también a la influencia de múltiples factores, entre los que merecen mencionar como causas: factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales (Calderon, 2001; pág. 29).

La causa genética se refiere a las predisposiciones biogénicas de la persona, como herencia o portador vulnerable para padecer de trastornos del estado de ánimo o depresión, entre ellas, la psicosis maníaco depresivo. Una evidencia del factor genético como posible causa de la depresión, son los estudios realizados con gemelos idénticos, donde se demuestra que existe un 50% de probabilidad como factor predisponente para desarrollar depresión, cuando uno de ellos sufre de ese mal, lo que no sucede cuando se trata de gemelos no idénticos (De La Garza, 2004)

Las causas psicológicas de la depresión, son los factores determinantes que están relacionados con las experiencias o vivencias traumáticas en la vida de la persona, llámese violaciones, frustraciones, desvalorizaciones, críticas, etc. En tanto que las causas ecológicas de la depresión, está relacionado con la modificación de su hábitat o ecosistema, ya sea por contaminación ambiental o el desorden climático, problemas de tránsito, ruido molesto, entre otros.

Las causas sociales de la depresión, está relacionado con la desintegración de la familia, migraciones que causan desadaptaciones,

incremento de la violencia y de la delincuencia, falta de vínculos con los vecinos, sentirse marginado por los demás, el ser criticado, etc. son problemas desencadenantes de la depresión (Calderón, 2001)

2.2.9.7.3 CUADRO CLÍNICO DE LA DEPRESIÓN.

Normalmente un cuadro clínico de la depresión, se presenta acompañado de trastornos afectivos acentuados, con manifestaciones evidentes de tristeza, estado de ánimo decaído, sin valor para vivir, culpa, nostalgia, etc. y por lo evidente que es, el diagnóstico es rápido y seguro por parte del terapeuta. Pero existen otras alteraciones con predominio de síntomas somáticos que dificultan identificar el trastorno de la depresión, debido a que las manifestaciones sintomáticas son desordenadas y confusas con otros trastornos. Esta dificultad impide al terapeuta realizar un adecuado diagnóstico diferencial para iniciar el tratamiento de psicoterapia o fármaco terapia, especialmente aquellos terapeutas que no tienen mucha experiencia para tratar a pacientes con síndrome de depresión.

Según Calderón (2001) el cuadro clínico de la depresión se divide en cuatro grupos de síntomas:

- a) Trastornos afectivos
- b) Trastornos intelectuales
- c) Trastornos conductuales
- d) Trastornos somáticos

En los trastornos afectivos, el estado emocional de los pacientes con depresión se inicia con un estado de indiferencia ante situaciones que antes causaba interés. Aparece la tristeza persistente, estando antes el

paciente en estado aparente de tranquilidad. En resumen, los trastornos afectivos en el paciente se presentan con indiferencia, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad (Calderón, 2001, Pág. 60). En los trastornos intelectuales, los pacientes deprimidos con frecuencia tienen disminución en la memoria, atención, concentración y sensopercepción. Tienen también ideas de culpa y pensamiento obsesivo. En los trastornos conductuales, los pacientes con depresión tienden a tener una actividad y productividad disminuida e impulsos suicidas. En los trastornos somáticos, los pacientes deprimidos suelen tener trastornos de sueño, trastornos digestivos, trastornos del apetito y cardiovasculares (Calderón, 2001; pág.67)

2.2.9.7.5 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), establece como criterios básicos de diagnóstico para el episodio depresivo mayor, de la siguiente manera:

a) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, durante un período de 2 semanas, uno de los síntomas debe ser: Estado de ánimo deprimido y el otro, pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (ejemplo: se siente triste o vacío)

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el paciente)

3. Pérdida importante de peso (sin hacer régimen), o aumento de peso, o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 4. Insomnio o hipersomnia, casi cada día.
 5. Agitación o lentitud psicomotores, casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de sentirse lento)
 6. Fatiga o pérdida de energía, casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva e inapropiada (que puede ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad del paciente)
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de muerte), ideación suicida. Recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio.
- b) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- c) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social y laboral en la actividad del individuo
- d) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- e) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, de la pérdida de un ser querido); los síntomas persisten durante más de los dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o lentitud psicomotora (De la Garza, 2004; pág. 14)

2.3 HIPÓTESIS

La psicoterapia EMDR, aplicado a pacientes del grupo experimental, sí es significativamente efectivo en el tratamiento del síndrome de depresión, en comparación con pacientes del grupo de control que no reciben psicoterapia EMDR

CAPITULO III.

MÉTODO

3.1 SUJETOS

Los sujetos fueron 8 pacientes con cuadro de depresión: 4 hombres y 4 mujeres, solteros, cuyas edades fluctuaban entre 24 y 26 años. Todos pertenecientes a la clase social media y estudiantes universitarios o carreras técnicas.

CRITERIOS UTILIZADOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.- La inclusión de los sujetos a la muestra de estudio, fueron los siguientes:

- a)** Fueron incluidos a la muestra de estudio, sólo los sujetos que vienen sufriendo de una depresión, por lo menos desde hace 6 meses, de los cuales deben haber recibido algún tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como mínimo durante un mes y en ese tiempo no haber mejorado el problema de la depresión.
- b)** Sujetos de ambos sexos, comprendidos entre 24 y 26 años de edad.
- c)** Sujetos con trabajo dependiente o independiente, que cubra sus gastos indispensables y no tengan dependencia económica de los padres.
- d)** Sujetos solteros y sin familia.
- e)** Sujetos que viven en Lima más de 5 años.

f) Sujetos que están estudiando en una universidad, instituto superior o han dejado de estudiar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.- Se han excluidos de la muestra de estudio:

a) A los sujetos con cuadro de depresión endógena ú orgánica, diagnosticado por un profesional especialista en salud mental (psiquiatra o neurólogo)

b) A los sujetos que sufren de algún compromiso o daño cerebral, epilepsia, problemas oculares, insuficiencia cardíaca y consumo de drogas o dependientes al consumo de drogas.

c) A los sujetos que tienen alguna enfermedad física grave, como deficiencia renal, tuberculosis, entre otros.

3.2 VARIABLES

Independiente: Programa de Psicoterapia con el Método “EMDR”.

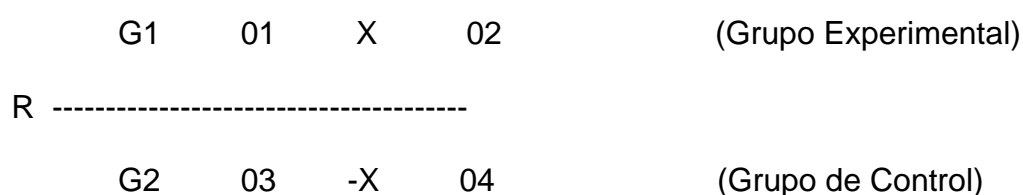
Dependiente : Depresión

Control : Edad, instrucción, sexo, maduración, nivel social, historia, etc.

3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Por la naturaleza del estudio, la investigación es de tipo experimental y corresponde al diseño: Pre-test y Post-test, con muestra aleatorizada, dividido en dos grupos: Grupo Experimental (G.E.) y Grupo de Control (G.C.)

Para la mayoría de especialistas en investigación experimental, como: R.Plutchik, L. Castro (citado en Huallanca, 2001), J. Arnau, Kerlinger, Matheson, Bruce, , etc., este diseño pretende alcanzar tres objetivos: 1) Maximizar la varianza sistemática primaria por acción de los tratamientos. 2) Controlar las fuentes de variación secundarias, 3) Minimizar la varianza del error.



Sujetos asignados aleatoriamente al grupo de control y al grupo experimental

JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO ELEGIDO

- a) Por el principio de aleatorización, reúne las condiciones de validez interna en este tipo de diseño experimental. Eso garantiza eficacia y confiabilidad científica de los resultados de la investigación, como en el caso del presente trabajo de investigación.
- b) Este tipo de diseño pre-test y post-test con muestra aleatorizada, garantiza mejor, el sistema de control interno en una investigación experimental (Kerlinger, 1975, Pág. 234 y 235)

3.4 INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- a) **Inventario de Depresión de A. Beck, segunda edición.-** Este inventario fue construido por A.T. Beck en 1978 y consta de 21 ítems que

evalúan esencialmente los síntomas de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Este instrumento presenta el mayor porcentaje de ítems cognitivos y está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión del mismo autor. Es autoaplicada, no obstante que inicialmente fue diseñada para ser administrado en una entrevista con el clínico.

El Inventario de Depresión de Beck, ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (citado en Brenlla y Rodríguez, 2006) y es muy usado en el Perú, especialmente en clínicas y hospitales de salud mental, donde existe atención para pacientes con síndrome de depresión. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- Depresión ausente o mínima: La puntuación media es de 10,9 puntos
- Depresión leve: La puntuación media es de 18,7 puntos
- Depresión moderada: La puntuación media es de 25,4 puntos
- Depresión grave: La puntuación media es de 30m puntos

La CONFIABILIDAD de esta prueba fue obtenida por la técnica de dos mitades, presentando correlación alta o muy alta, desde 0,58 a 0,93, con una consistencia interna muy alta en pacientes (alfa Cronbach media 0,82). En cuanto a la VALIDEZ del Inventario de Depresión de Beck, se ha comparado de manera exhaustiva con otras escalas (Robertson, 1989; Vizcarro & García, 1981; Thompson, 1989; Vásquez, 1986; Shay y otros, 1985; Beck y Cols, 1982). En general la correlación media entre la puntuación total del IDB, HDRS, SDS de Zung y las escalas analógicas

visuales es moderadamente alta del 0,70. Por ejemplo, la correlación media con HDRS es de 0,73 para pacientes psiquiátricos y 0,74 para sujetos de población en general, según Beck y Cols, 1998 (citado en Brenlla, 2006)). Así mismo, las correlaciones con otras escalas de depresión son altas, entre 0,50 y 0,80, como lo sostienen Shaver y Brennan, 1991 (citado en Yarahuamán, 2004)

Este Inventario de Depresión de Beck, fue utilizado como instrumento de medición pre-test y post-test, para todos los sujetos que conformaron la muestra de estudio y vienen sufriendo de síndrome de depresión. Cabe precisar que el Inventario de Depresión de Beck fue adaptado en España por Sanz, Navarro y Vásquez (2003), con 590 estudiantes universitarios, cuyo resultado mostró una consistencia interna elevada (alfa Cronbach = 0.89) y en Argentina Brenlla y Rodríguez, (2006) hicieron una adaptación del BDI-II al castellano, resultando el coeficiente alfa del inventario 0.88 para los pacientes y de 0.86 para las personas del grupo de comparación. Vale aclarar que la correlación test – retest entre 7 – 10 días, posterior a la administración de la prueba de 17 pacientes externos fue significativa en ambas evaluaciones ($r=0.90$); y en la población general comprobó una correlación significativa en ambas mediciones ($r=0.864$). Estos resultados confirman con los encontrados por Beck en 1996. Dichos estudios ratifican que es un buen instrumento para evaluar la depresión en la población latinoamericana. En el Perú la adaptación psicométrica de la escala de depresión para adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana fue realizado por Nelly Ugarriza y Miguel Ecurra de la Universidad de Lima. La muestra estuvo

formada por 1963 estudiantes secundarios varones y mujeres de colegios particulares y estatales. Los coeficientes alfa obtenidos fué por encima de 0.87. Los coeficientes de consistencia interna más altos fue entre 0.86 y 0.90 (Ugarriza, 1998)

- b) Historial clínico del paciente, tomando como base el protocolo construido por Francine Shapiro, autora de EMDR
- c) Manual Clínico de Shapiro, como guía para la aplicación de EMDR.
- d) Materiales de escritorio, grabadora y videgrabadora

3.5 PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO DE EMDR: Comprende 8 fases, cuyo objetivo principal es facilitar el procesamiento acelerado de la información a estados adaptativos (SPÍA). Estas ocho fases, corresponde al protocolo básico y son las siguientes:

1.- Historia clínica del paciente: Es una de las fases básicas y de suma importancia para el tratamiento del trauma psíquica del paciente. En esta fase el clínico determinará la posibilidad de realizar intervención terapéutica al cliente con el método EMDR, es decir, el clínico podrá definir cómo y cuando hacer la terapia. En esta fase el clínico planifica y decide la conveniencia para el proceso de tratamiento, siguiendo las pautas y criterios internacionales sobre el uso de EMDR. Además, durante esta etapa el clínico y el paciente eligen los posibles blancos ú objeto de tratamiento y al mismo tiempo, determina y evalúa los recursos del paciente para que éste haga uso de ello, cuando la circunstancia así lo requiere. Si no existe ningún inconveniente para usar

EMDR con el paciente, el clínico puede iniciar el tratamiento, tomando todas las precauciones que establece el protocolo para tal fin.

2.- Fase de preparación: Proceso que consiste en establecer una buena relación entre paciente y terapeuta, con el propósito de que el tratamiento tenga éxito en la magnitud esperada. Es la fase para desarrollar un ambiente de seguridad y confianza a favor del paciente, a fin de que éste pueda estar en condiciones de relatar libremente toda su experiencia o vivencia traumática hacia el terapeuta. Durante esta fase preparatoria, el paciente recibe una información adecuada acerca de la teoría y los efectos del proceso terapéutico EMDR lo más claro posible. Se le instruye y precisa todas las indicaciones posibles, usando metáforas que sean comprensibles para el estatus del paciente. En la fase preparatoria es sumamente importante que el clínico estimule el ejercicio del “lugar seguro”, a fin de que permita generar en el paciente una disposición y motivación para el proceso de tratamiento, con el fin de lograr estados adaptativos.

3.- Fase de evaluación: Es la etapa del proceso de exploración e identificación de las experiencias traumáticas (blancos del tratamiento) que se encuentran almacenados disfuncionalmente en el cerebro, con las imágenes, cogniciones, creencias, emociones y sensaciones físicas perturbadoras del paciente para su respectivo tratamiento con el método de psicoterapia EMDR. La etapa de evaluación significa acceder a las redes neuronales que están asociadas a las experiencias traumáticas del

paciente. Trauma que por su magnitud pudo haber bloqueado la función natural de procesamiento de la información a estados adaptativos del cerebro. Con una adecuada evaluación de las experiencias traumáticas, el clínico podrá identificar con mayor precisión los blancos para iniciar el tratamiento, con el fin de desbloquear el material traumático y restablecer la salud mental para que el paciente desarrolle su autoestima y su autoafirmación.

4.- Fase de desensibilización: Es la etapa del proceso de tratamiento propiamente dicho o etapa de procesamiento de la información a través de la estimulación bilateral (ocular, auditivo o táctil) realizado por el clínico hacia el paciente. El clínico es el encargado de limpiar todos los canales, donde supuestamente estaría almacenado todo el material disfuncional y que es el blanco del tratamiento. En esta fase, es importante que el paciente cuente con algunos recursos que le sirva como apoyo y le sea útil, durante el procesamiento de desbloqueo o proceso de restitución del trauma psíquico.

5.- Fase de instalación: Es un proceso que tiene el propósito de anclar una experiencia positiva con una experiencia negativa en el cerebro del paciente, es decir, se busca vincular una cognición positiva con el blanco original o experiencia traumática que se encuentra almacenado en el cerebro del paciente. La meta de este proceso es alcanzar un puntaje de validez de 6 o 7 en la escala de Voc. La meta de esta etapa es aumentar

la cognición positiva, vinculando con el suceso original o experiencia traumática del paciente.

6.- Fase del chequeo corporal: Es la etapa de evaluación que permite constatar o verificar, si aún existe todavía algún material disfuncional que viene perturbando al paciente a nivel de sensaciones físicas, acompañado de imágenes y emociones, a fin de concluir con el procesamiento de los rezagos de perturbación, hasta alcanzar los niveles adaptativos o de equilibrio emocional. Con el chequeo corporal, el clínico pretende ubicar en el paciente, alguna experiencia residual como las sensaciones corporales que indique la posible existencia de otros canales de información disfuncional, con el objeto de completar el procesamiento o tratamiento EMDR, tomando en cuenta el blanco inicial del suceso. La finalidad del chequeo corporal es confirmar que el paciente ha logrado superar sus tensiones corporales o sus sensaciones asociadas.

7.- Fase del cierre: En la etapa de clausura, el paciente reciba instrucciones de retroalimentación positiva del proceso que ha finalizado. En esta fase, el clínico se permite valorar y estimular el esfuerzo realizado por el paciente, durante todo el procedimiento del tratamiento. Así mismo, el clínico aprovecha de esta etapa para darle pautas e indicaciones al paciente, manifestando expresamente que el sistema de procesamiento de la información, luego de ser activado, puede continuar procesando el material disfuncional que aún existe asociado a otros canales no limpiados. Por esa razón, es importante que el clínico le

advierta al paciente para que éste, registre en un diario o bitácora, cualquier recuerdo, imaginación o sensaciones físicas perturbadoras con el fin de concluir el procesamiento en la fase de reevaluación. Previamente al cierre, el clínico le brinda al paciente, pautas y ejercicios de relajamiento y el uso adecuado del lugar seguro.

8.- Fase de seguimiento o reevaluación: Es la etapa final, del proceso de tratamiento y en consecuencia, es función del clínico investigar detalladamente todo lo ocurrido en el paciente, después de la fase de cierre o clausura. El propósito de esta fase es reevaluar el resultado de los blancos procesados en el tratamiento de las fases anteriores y además, para poder verificar si ha aparecido en el paciente, otro material disfuncional que necesita reprocesar. En resumen el trabajo del clínico es evaluar lo ocurrido después del tratamiento y la aparición de otros blancos nuevos que requieren su tratamiento.

El procedimiento de las ocho fases, están sujetos a las particularidades de cada paciente, considerando su individualidad y su nivel de perturbación.

Para el procesamiento de la información a niveles adaptativos se usan diferentes protocolos, con el objeto de procesar y precisar los eventos del pasado, presente y futuro.

3.6 FUNCIONAMIENTO DE EMDR

Por medio de los movimientos oculares o estimulación sensorial bilateral, el método EMDR pone en marcha el sistema de procesamiento de la

información a estados adaptativos “SPÍA”, con el fin de cotejar los datos y las creencias negativas construidas por el paciente en el momento del trauma, con las creencias positivas que la mayoría de las personas posee, con el propósito de conseguir una resolución realista y adaptativa del incidente traumático e integrar la experiencia o vivencia de la persona, a la narrativa de su vida como un recuerdo vivo.

Mediante el tratamiento EMDR, se pretende que la persona reprocese sus traumas para que la información disfuncional se convierta en información funcional y adaptativa.

3.7 ELEMENTOS DEL TRATAMIENTO CON EMDR.

Después de que el clínico determina que el paciente sea sometido a tratamiento de psicoterapia EMDR, el procedimiento de acuerdo al protocolo correspondiente es el siguiente:

- a)** Se ubica la imagen o escena del peor momento del trauma o episodio perturbador, que puede ser visual, recuerdo auditivo, emocional o sensación corporal.
- b).** Se precisa la creencia, cognición ú opinión negativa que la persona suele construir de sí misma a partir del trauma o suceso ocurrido.
- c)** Se solicita la cognición, opinión, creencia positiva o pensamiento deseado que quisiera tener el paciente sobre sí mismo, relacionado con el hecho traumático, a pesar de que le sea difícil creerlo. Se procede evaluar cuán creíble es el pensamiento en la escala de credibilidad (VoC), donde el valor 1 representa “no lo creo nada” y el 7 “lo creo totalmente”. Esta escala trata de medir solo la opinión subjetiva, más no lo objetivo

- d) Se ubica la emoción que aparece durante el pensamiento del episodio traumático que fue elegido y se pide al paciente que mencione la emoción emergente.
- f) Luego se ubica el lugar donde se encuentra la sensación física en el cuerpo del paciente y qué siente.

3.8 ACCIONES PREVIAS AL PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL

PRIMERA ACCIÓN: Campaña para selección de la muestra de estudio.

- a) Se realizó una campaña gratuita de atención y tratamiento de psicoterapia con Método “EMDR” a personas que vienen sufriendo de depresión. La campaña fue organizado por el “Instituto Peruano de Psicoterapia Integrativa EMDR”, ubicado en Av. Morro solar 1762 de Surco, durante tres meses. La mencionada campaña fue difundida en diferentes hospitales de EsSALUD, hospitales de Solidaridad, MINSA y algunas clínicas de Lima Metropolitana.
- b) Producto de esa campaña, se entrevistó y se elaboró la historia clínica a 100 pacientes con problemas de depresión, durante 3 meses y fueron atendidos en el consultorio N° 1 del indicado instituto.
- c) De los 100 pacientes entrevistados con problemas de depresión, se seleccionaron al azar o aleatoriamente a 8 sujetos de ambos sexos: 4 hombres y 4 mujeres con síndrome de depresión, con los criterios de inclusión establecidos en la pág. 64 y 65) del presente estudio experimental.

SEGUNDA ACCIÓN: Aplicación de pre-test.

Se aplicó la prueba de pre-test a la muestra de estudio, mediante el Inventario de Depresión de Beck, en la siguiente forma.

- a) Los 8 sujetos seleccionados, asistieron al Instituto un día no laborable, previa cita programada al azar, para los 4 sujetos en el turno de mañana, de 8 a 12, con intervalo de 1 hora y 4 sujetos para el turno de tarde, de 2 a 6 pm., con intervalo de 1 hora, entre un sujeto y otro.
- b) De acuerdo a la cita programada, cada sujeto fue recibido por el terapeuta en el consultorio designado para tal fin. Allí el terapeuta, después de 10 minutos de relación de confianza con el paciente, le hizo entrega de un lápiz, borrador y el formato del Inventario de Depresión de Beck, para que el paciente desarrolle la prueba del pre-test. Previamente el terapeuta le dio algunas pautas de instrucción, como: “Si no entiendes, puedes preguntarme, pero procura hacer tu solo con tranquilidad” “así que, puedes empezar”
- c) En ese lugar, cada paciente desarrolló los 21 ítems del Inventario de Depresión de Beck, en un tiempo máximo de 25 minutos.

TERCERA ACCIÓN: Proceso de formación aleatoria del G.E. y el G.C.

- a) Los 8 sujetos, fueron distribuidos aleatoriamente en 2 grupos: El Grupo Experimental (G.E.), formado por 2 hombres y 2 mujeres, y el Grupo de Control, también formado por 2 hombres y 2 mujeres.
- b) El procedimiento para formar los dos grupos aleatorios, fueron realizados en 2 etapas: Primera etapa con las 4 mujeres y la segunda con los 4 hombres. Para las 2 etapas, se usó 4 papelitos en blanco y en cada papelito se puso el nombre de cada sujeto. Estos papelitos,

fueron doblados y depositados en una bolsa negra cerrada. De esa bolsa, se extrajo al azar y sin ver, el primer nombre para el Grupo Experimental, el segundo nombre que se extrajo para el Grupo de Control y así sucesivamente todo el proceso, de tal modo que cada grupo (G.E. y G.C.) estuvo formado por 4 sujetos: 2 hombres y 2 mujeres.

CUARTA ACCIÓN: Proceso de tratamiento de psicoterapia con el método “EMDR”.

Siguiendo los criterios establecidos por el Protocolo Básico, la sesión típica de EMDR pasa por ocho etapas que son:

ETAPA 1: TOMA DE HISTORIA.- Plan de Tratamiento y plan de secuencia de blancos: Pasado, presente y futuro.

PASADO: Fue para identificar eventos del pasado (evento base y eventos adicionales del pasado)

Para mayor precisión, el pasado se refiere a las experiencias traumáticas o emociones negativas vivenciadas por el paciente, desde la primera experiencia traumática o experiencia disfuncional base y siguientes, hasta antes que se desencadene en un síndrome de depresión.

PRESENTE: Se identificó los disparadores presentes, es decir el presente está referido a los estímulos disparadores actuales que causan conductas perturbadoras emocionales (tristeza, dolor psíquico, etc.), cognitivas (creencias negativas) y sensaciones físicas (opresiones en el pecho, sudoraciones en las manos, etc.)

FUTURO: Para instalación de patrón a futuro. Se trata sobre instalación de recursos psíquicos internos en pacientes, con el fin de que éstos se sientan capaces para afrontar planes y acciones a futuro (autorealización y metas de vida)

PROCEDIMIENTO:

PASADO: Se identificó la experiencia o vivencia mas reciente del problema emocional que está perturbando al paciente. Seguidamente se identificó los eventos o problemas emocionales del pasado, hasta llegar al evento base, origen o recuerdo almacenado disfuncionalmente.

PRESENTE: Se identificó los disparadores presentes o las respuestas condicionadas, que están asociadas al recuerdo almacenado disfuncionalmente.

FUTURO: Se identificó los patrones a futuro positivos deseados por el paciente, interrogando de la siguiente forma: “Cuando usted piensa en sus problemas que describió ¿cómo le gustaría manejar situaciones similares en el futuro?

ETAPA 2: PREPARACIÓN.- Explicación teórica del modelo EMDR, capacitación, establecimiento de pautas de preparación y estabilización del paciente.

PROCEDIMIENTO:

- 1 Se explicó a cada paciente: “Cuando sucede una experiencia perturbadora, puede quedar bloqueado en el cerebro de la persona

con la imagen, sonidos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales originales. EMDR, parece estimular la información y permite que el cerebro reprocese la experiencia. Tal vez eso es lo que sucede en el sueño REM: Los movimientos oculares (tonos, toques) pueden ayudar a procesar el material inconsciente. Es su propio cerebro el que va lograr la curación y es usted, quién tiene el control”

- 2 Se precisó la ubicación de los asientos como barcos que se cruzan
- 3 Se estableció la distancia, velocidad y la dirección de los movimientos oculares, toques o auditivos con cada paciente.
- 4 Se indicó las pautas de estabilización y afrontamiento de sus problemas a cada paciente, utilizando la metáfora del tren y diciéndole: “Imagínese viajando en un tren, viendo el paisaje durante el recorrido, de esa forma sus experiencias, sentimientos, pensamientos, etc., son como el paisaje que ve pasar”
- 5 Se acordó con cada paciente la señal de pare, si el paciente decida hacerlo en el momento de la etapa de desensibilización, durante los movimientos bilaterales (visual, auditivo o táctil)
- 6 **LUGAR SEGURO:** Se desarrolló el lugar seguro o calmo de cada paciente, como recurso o habilidad para afrontar problemas emocionales, utilizando el Protocolo de 10 pasos:

PROCEDIMIENTO:

- a) **IMAGEN:** Se identificó un lugar real o imaginario, que recuerde sentimientos de calma, paz y seguridad del paciente: “Me gustaría que pensara en algún lugar, donde ha estado o desea **estar** tranquilo, seguro y en calma. Tal vez la playa, el campo o cualquier lugar. ¿Dónde le gustaría estar)
- b) **EMOCIONES Y SENSACIONES:** Se exploró en cada paciente lo que siente. “Mientras piensa en ese lugar tranquilo, note qué ve, oye y siente en este momento” ¿Qué nota?
- c) **INCREMENTAR:** “Concéntrese en su lugar tranquilo y observe las imágenes, los sonidos, olores y sensaciones corporales. Cuénteme qué más nota”
- d) **MOVIMIENTOS OCULARES:** “Traiga a su mente la imagen de ese lugar. Concéntrese, en qué lugar de su cuerpo tiene sensaciones placenteras y dese permiso para disfrutar. Ahora concéntrese en esa sensaciones y siga mis dedos con sus ojos” (se aplicó 6 pases de movimientos oculares por 2 veces), luego se le preguntó ¿Cómo se siente ahora?
- e) **PALABRA CLAVE:** Se le preguntó al paciente ¿hay alguna palabra o frase que represente su lugar seguro? Ahora piense en..... y note los sentimientos positivos que tiene cuando piensa en esa palabra. Ahora concéntrese en esas sensaciones y en la palabra clave y siga mis dedos” (se aplicó 6 pases de movimientos oculares por 5 veces)

- f) **HACIÉNDOLO SOLO:** Se le dijo a cada paciente. “Ahora me gustaría que dijera la palabra..... y note cómo se siente y siga mis dedos” (se aplicó 6 pases de movimientos oculares por 2 veces)
- g) **GUIADO CON PERTURBACIÓN:** Se le dijo a cada paciente “imagine una pequeña molestia y note cómo se siente”. Ahora evoque su lugar seguro..... y note si hay algún cambio en su cuerpo” (se aplicó 6 pases de movimientos oculares por 2 veces)
- h) **HACIÉNDOLO SOLO CON PERTURBACIÓN:** Se le dijo al paciente, “Ahora me gustaría que piense en otra molestia leve y evoque el lugar seguro por su cuenta. Una vez más, note especialmente los cambios en su cuerpo mientras se encuentra en su lugar seguro”.
- i) **INCREMENTAR Y REFORZAR:** Al final se le dijo a cada paciente: “Me gustaría que practique usando su lugar seguro de aquí hasta la próxima sesión, cada vez que se sienta un poco molesto. Note qué sucede y hablaremos sobre eso la próxima vez que nos veamos”
- j) **LLEVAR UN REGISTRO:** Se le indicó a cada paciente, que lleve un registro para evaluar la efectividad del lugar seguro.

FASE 3: EVALUACIÓN.- Consiste en la identificación de los problemas perturbadores o selección de blancos para el plan de secuencia de tratamiento.

PROCEDIMIENTO:

A) **INSTRUCCIONES:** A cada paciente, se les precisó lo siguiente:

“hoy a través del proceso EMDR, le estaré pidiendo lo que usted está experimentando. Necesitaré que usted lo diga tan claro como sea posible, que viene a su mente en la medida que vayamos a través del proceso. A veces las cosas van a cambiar y otras veces no. En este proceso no hay supuestos ni deber ser. Sólo deme la retroalimentación más exacta posible sobre lo que está sucediendo, sin juzgar si debería o no ocurrir. Deje que pase lo que tiene que pasar. Recuerde que usted tiene un lugar seguro y la señal de pare, que la puede utilizar si las necesita”

B) **TEMA O RECUERDO PRESENTADO:** Se le dijo, “hoy hemos decidido trabajar sobre....” (blanco elegido)

C) **IMAGEN, LA MÁS PERTURBADORA:** Se le preguntó, ¿qué imagen representa la peor parte del evento, incidente o experiencia? Si no hay imagen, se les dijo: “Cuando piensa en el suceso, ¿qué le surge?”

D) **COGNICIÓN NEGATIVA:** Se le preguntó, “mirando la imagen, foto del evento o experiencia difícil, ¿cuáles son las palabras que expresan mejor la creencia o pensamiento negativo sobre usted mismo, ahora?”

E) **COGNICIÓN POSITIVA:** Se le preguntó, “cuando Ud. recuerda esa imagen del evento o experiencia, ¿qué le gustaría o preferiría creer de positivo sobre usted mismo, ahora?”

F) VALIDEZ DE LA COGNICIÓN (VOC): Se le preguntó, “cuando piensa en esa imagen o experiencia, ¿cuán creíble piensa o siente esas palabras (CP) ahora, en una escala de 1 a 7, en la que 1 es muy baja aspiración y 7, máxima aspiración?

VOC (validez de creencia positiva) es una escala subjetiva que mide el nivel de creencia positiva o aspiración que tiene el paciente de 1 a 7, donde 1 muy baja aspiración y 7 máxima aspiración.

G) EMOCIONES: Se le preguntó, “cuando recuerda esa imagen o experiencia y esas palabras.....¿qué emociones siente ahora?

H) ESCALA DE UNIDADES SUBJETIVAS DE PERTURBACIÓN (SUDS): Se le preguntó, “en una escala de 0 a 10, en la que 0 es ninguna perturbación o neutro y 10 es la máxima perturbación, ¿cuánta perturbación siente, ahora?

SUD (escala de unidades subjetivas de perturbación) es una escala subjetiva que mide el nivel de perturbación emocional de 0 a 10, donde 0 no perturba nada y 10 perturba lo máximo.

I) LOCALIZACIÓN DE LA SENSACIÓN CORPORAL: Se le preguntó, ¿en qué parte de su cuerpo siente la perturbación?

FASE 4: DESENSIBILIZACIÓN: Es el proceso de aplicación de la estimulación sensorial bilateral (ESB) para activar el Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos “SPIA”

PROCEDIMIENTO:

CICLO 1: Se le dijo, “me gustaría que recuerde esa imagen del evento o experiencia original, las palabras negativas (se indicó) y note en qué partes de su cuerpo lo siente y siga mis dedos.” Se aplicó 40 pases de movimientos bilaterales por 3 veces. Después de cada pase, se les dijo: “Respire profundo hasta 5 veces”, luego se les preguntó ¿qué surgió? Siga con eso y se continuó con los movimientos bilaterales.

CICLO 2: Se le dijo, “cuando vuelve a la experiencia original, ¿qué le surge ahora? Según a la respuesta del paciente, se les dijo: “Siga con eso” y se les aplicó 40 pases de movimientos bilaterales por 3 veces. Después de cada pase, se les dijo: “Respire profundo”, en seguida se les preguntó ¿qué surgió? Siga con eso y se continuó con los movimientos bilaterales.

CICLO 3: Chequeo del SUDS. Cuando el paciente no daba ninguna información nueva, después de volver al blanco original y hacer una tanda de movimiento bilateral de 40 pases, se les dijo: “cuando recuerda la experiencia o evento, ¿cuánta perturbación siente ahora?, en una escala de 0 a 10, en la que 0 es ninguna perturbación y 10 es la máxima imaginable. Si el SUDS es 1 o más, se continuó procesando con movimientos bilaterales, hasta bajar a cero. Una vez que bajó a cero, se les aplicó 20 pases de movimiento bilateral, no repetido.

FASE 5: INSTALACIÓN.- Es asociar la cognición o creencia positiva deseada con el recuerdo, evento o imagen original perturbador del paciente.

PROCEDIMIENTO:

PRIMERO.- Se le preguntó, ¿las palabras....todavía son adecuadas o hay otras palabras positivas que las siente más apropiadas?

SEGUNDO.- Después se le dijo, “piense en el recuerdo original y en esas palabras...., donde 1 se siente con muy baja aspiración y 7, con máxima aspiración, ¿cuánto de aspiración siente?

TERCERO.- Manteniendo juntos, tanto la experiencia original y la cognición positiva, se les aplicó 30 pases de movimientos bilaterales por 3 veces, luego se le preguntó: “En una escala de 1 a 7, ¿cuán verdaderas siente que son ahora esas palabras (CP), cuando piensa en el evento original? Luego se continuó el proceso, aplicando 30 pases de movimientos bilaterales, tantas veces sean necesarios, hasta que el VoC suba a 7 y alcance su máxima fuerza. Una vez completado los movimientos bilaterales, se hizo el chequeo corporal.

CUARTO.- Cuando el paciente declaraba 6 o menos, se ha procedido con chequear y conocer el motivo, para determinar si es una situación propia del sujeto. Luego se le aplicó 10 pases de movimientos bilaterales, hasta por 3 veces.

QUINTO.- Chequeo de la creencia limitante: Para este proceso, se le preguntó “¿qué le impide llegar a 7? Seguidamente se continuó aplicando 10 pases de movimientos bilaterales adicionales. Si aún así, se mantenía en 6, era considerado como validez ecológica.

FASE 6: CHEQUEO CORPORAL.- Es para constatar el material disfuncional, almacenado en el cuerpo y que se manifiesta por medio de sensaciones físicas.

PROCEDIMIENTO:

PRIMERO.- Se le dijo, “cierre sus ojos y tenga en mente el recuerdo original y la cognición positiva elegida (se le mencionó). Recorra todo su cuerpo. Dígame si hay algún lugar en el que sienta tensión, malestar o sensaciones inusuales”

SEGUNDO.- Cuando el paciente manifestaba alguna tensión o molestia en el cuerpo, se le aplicaba 20 pases de movimientos bilaterales, cuantas veces sean necesarias, hasta que desaparezca la tensión. Después se les ha repetido el chequeo corporal.

TERCERO: Cuando el paciente manifestaba una sensación positiva y de bienestar en el cuerpo, se le aplicó 20 pases de movimientos bilaterales por 2 veces para fortalecer.

FASE 7: CIERRE. Es cuando el SUD=0, VOC=7, Chequeo Corporal sin perturbación y el paciente está en un estado de equilibrio emocional.

PROCEDIMIENTO PARA CERRAR SESIONES COMPLETAS:

1. Se le dijo al paciente, “que es hora de terminar”
2. Se le estimuló y se le preguntó, “hoy ha hecho un buen trabajo, ¿cómo se siente?”

3. Se le preguntó para compartir la experiencia, ¿qué nuevos pensamientos positivos o insights ha experimentado hoy?
4. Se les aplicó 10 pases de movimientos bilaterales lentos, por 2 veces para reforzar lo aprendido.
5. Se le ha leído el Cierre de la Experiencia

PROCEDIMIENTO PARA CERRAR SESIONES INCOMPLETAS:

1. Se le dijo al paciente, “que es hora de terminar y se explicó la razón”
2. Se le estimuló el esfuerzo realizado: “Ha hecho un buen trabajo, ¿cómo se siente?”
3. Se le tomó el SUDs y se le administró ejercicios de relajamiento por 10 minutos para estabilizar.
4. Se le preguntó, “¿qué ha aprendido hoy?” y se le aplicó 10 pases lentos de movimientos bilaterales, por 3 veces para reforzar lo aprendido.
5. Se le ha leído el Cierre de la experiencia, “el procesamiento puede continuar después de nuestra sesión. Puede que note o no nuevos pensamientos, recuerdo o sueños. Si es así, note lo que está experimentando, escríbalo en su diario (disparador, imagen, creencia, emoción, sensación). Utilice el ejercicio del lugar seguro para liberarse de cualquier perturbación. Recuerde usar una técnica de relajación una vez al día. Podremos trabajar sobre este nuevo material la próxima vez. Si lo considera necesario, llámeme”

FASE 8: REEVALUACIÓN. Consiste en chequear los cambios producidos en el paciente, con el propósito de reanudar o completar el procesamiento de blancos incompletos, siguiendo el proceso para acceder a blancos.

PROCEDIMIENTO:

PRIMERO: Se procedió precisar la imagen, emociones, SUD y sensaciones corporales del paciente.

IMAGEN: Se le dijo, “recuerde la experiencia.....que trabajamos en la última sesión”

EMOCIONES: Se le preguntó, “cuando piensa en esa experiencia, ¿qué emociones siente ahora?”

SUD: Se le preguntó, “en una escala de 0 a 10, ¿cuánto le perturba esa experiencia ahora?”

LOCALIZACIÓN CORPORAL:

Primero: Se le preguntó, ¿en qué parte de su cuerpo siente tensión o molestia?

Segundo: Para reanudar el procesamiento, se le dijo “concéntrese en esa imagen, emociones y en el lugar de su cuerpo donde siente tensión y siga mis dedos”. Luego se le aplicó 20 pases de movimientos bilaterales, hasta lograr el SUD=0, VOC=7 y chequeo corporal libre de perturbación

Una vez concluido con el procesamiento aplicado a los sujetos del Grupo Experimental, de acuerdo al Protocolo EMDR, se procedió instalar Patrón a Futuro.

FASE 9: INSTALACIÓN DE PATRON A FUTURO. El objetivo es capacitar y desarrollar habilidades, para tener control emocional y respuestas adaptativas.

PROCEDIMIENTO:

1. Se le dijo, “nosotros hemos trabajado sobre experiencias pasadas relacionadas con su problema planteado, así como sobre las situaciones presentes que han disparado su perturbación. Hoy, me gustaría sugerir que trabajemos sobre cómo responderá en el futuro, frente a situaciones similares”

2. Se pasó a identificar la situación futura y se le dijo: “Me gustaría que se imagine usted mismo, efectivamente haciendo.....” ¿qué está notando?

Si la respuesta era positiva: Se le dijo, “mantén en tu mente eso y sigue mis dedos” (se le aplicó 20 pases de movimientos bilaterales por 2 veces)

Si la respuesta era negativa: Se le dijo, “concéntrese en su cuerpo, en su mente y sígueme los dedos” (se le aplicó 20 pases de movimientos bilaterales, hasta que desaparezca la perturbación.

3. Se instaló la cognición positiva, hasta lograr VOC=7. Se le dijo, “mantenga su Creencia Positiva, junto con esa situación. En una escala de 1 a 7, ¿cuán verdadera la siente? Luego se aplicó, 20 movimientos bilaterales hasta alcanzar 7.

4. Crear una situación para resolver problemas, se le dijo: “Me gustaría que pensara en algún desafío que pueda experimentar esa situación” ¿qué está notando?

Si la respuesta era positiva: Se le dijo, “mantén en su mente ese pensamiento y sigue mis dedos”. Se le aplicó, 20 movimientos bilaterales por 2 veces.

Si la respuesta era negativa: Se le dijo, “concéntrate en tu mente, tu sensación corporal y sigue mis dedos”. Se le aplicó, 20 movimientos bilaterales, hasta que desaparezca por completo.

5. Se instaló cognición positiva, hasta alcanzar $VOC=7$

3.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Considerando que el tamaño de la muestra utilizada en la presente investigación experimental, está formada por 8 pacientes con síndrome de depresión, los mismos que fueron divididos aleatoriamente en 2 grupos: 4 pacientes para el grupo experimental (G.E.) y 4 pacientes para el grupo de control (G.C.), se ha visto por conveniente utilizar la prueba paramétrica “t” de student.

JUSTIFICACIÓN DE LA “t” ELEGIDA PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- a) En un estudio experimental de tipo pre-test y post-test, con una muestra de estudio aleatorizada, inferior a 10 sujetos, la prueba “t” permite aprovechar toda la información contenida en una medición, para luego poder comparar las medias de dos grupos.

- b) Uno de los criterios para la prueba “t”, se requiere que los dos grupos: G.E. y G.C., sean aleatorias o asignados al azar, como en el presente estudio (Matheson, 1998; pág. 363)

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

4.1 COMPARACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Por la naturaleza del presente trabajo experimental, se ha visto por conveniente utilizar la prueba paramétrica de “t”, como método para el procesamiento y análisis de los datos.

TABLA N° 1: Medias del Pre-test del G.E. y del G.C.

Tipo de Grupo		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntajes de Grupo Pretest	Experimental	4	31,25	1,500	,750
	Grupo Control	4	30,00	1,155	,577

4.1.1 PRUEBA DE PRE-TEST APLICADO TANTO AL G.E. COMO AL G.C.

Como se puede apreciar en el Tabla N° 1, el resultado de la prueba del Pre-test (Inventario de Depresión de Beck), aplicado al Grupo Experimental (G.E.), arroja una media de 31,25, mientras que el resultado de la prueba Pre-test (el mismo inventario) para el Grupo de Control (G.C.), tiene una media de 30,00.

TABLA Nº 2: Comparación de las medias del Pre-test del G.E. y G.C.

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior	
Puntaje Se han de asumido Pretest varianzas iguales	1,500	,267	1,321	6	,235	1,250	,946	-1,066	3,566	
No se han asumido varianzas iguales			1,321	5,631	,238	1,250	,946	-1,103	3,603	

En la TABLA Nº 2, se puede observar que al comparar y analizar las medias del Pre-test, entre el Grupo Experimental ($M=31.25$) y el Grupo de Control ($M=30.0$), el resultado indica claramente que no existen diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.235) entre las medias de los puntajes del Pre-test de ambos grupos. Con este resultado queda probado, que tanto el Grupo Experimental como el Grupo de Control, inician el programa de tratamiento de psicoterapia con el método EMDR, en condiciones similares del estado depresivo. Siendo así, el Grupo de Control se convierte en testigo de garantía, respecto a los efectos que ha

producido la aplicación del programa experimental, en el Grupo Experimental.

TABLA Nº 3: Medias del Post-test del G.E. y del G.C

Estadísticos de grupo				
Tipo de Grupo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Puntajes de Postest Grupo Experimental	4	12,50	4,509	2,255
Grupo Control	4	31,50	1,000	,500

4.1.2 RESULTADOS DE LA PRUEBA POST-TEST APLICADO, TANTO AL GRUPO EXPERIMENTAL COMO AL GRUPO DE CONTROL

En la TABLA Nº 3, aparecen los resultados de las medias de la prueba Post-test, tanto del Grupo Experimental, como del Grupo de Control, después de haber concluido con el programa de tratamiento de psicoterapia EMDR, aplicado al Grupo Experimental.

Como se puede apreciar en el cuadro aludido, la media obtenida por el Grupo Experimental es de 12,50 y la media alcanzada por el Grupo de Control, es de 31,50.

Estas medias son datos que evidencia el efecto que produjo la psicoterapia EMDR, en los pacientes del grupo experimental. Mientras que en los pacientes del grupo de control, la media ha subido a 31,50, durante el tiempo que duró el tratamiento para los pacientes del grupo experimental.

La media del pre-test del grupo de control es de 30,00, comparado con la media del post-test, hay una diferencia de 1,5.

TABLA Nº 4: COMPARACIÓN DE MEDIAS DEL POST-TEST ENTRE EL G.E. Y G.C.

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
									95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior	
Puntajes de Postest. Se han asumido varianzas iguales	3,846	,098	-8,227	6	,000	-19,000	2,309	-24,651	-13,349	
No se han asumido varianzas iguales			-8,227	3,294	,003	-19,000	2,309	-25,992	-12,008	

Si analizamos la TABLA N° 4, observamos que en la prueba Post-test, el Grupo Experimental ha obtenido puntuaciones que corresponde a una media de 12.5 y el Grupo de Control, puntuaciones que representa a una media de 31,5. Al realizar la comparación del Post-test, entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control, se comprueba que existen diferencias estadísticamente significativas (sig. 0.002), con lo cual se confirma la hipótesis formulada en el presente estudio. Este resultado, es un indicador válido para inferir que las diferencias significativas encontradas, obedece al efecto causado por la aplicación de la variable independiente (psicoterapia EMDR) en el Grupo Experimental.

TABLA N° 5: Medias del Pre-test y Post-test del Grupo Experimental

Estadísticos de muestras relacionadas

				Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Pretest de Grupo Experimental			31,25	4	1,500	,750
	Postest de Grupo Experimental			12,50	4	4,509	2,255

4.1.3 RESULTADOS DE LA PRUEBA PRE-TEST Y POST-TEST DEL GRUPO EXPERIMENTAL

En la TABLA N° 5, se puede observar los resultados de las medias de la prueba Pre-test (31,25), antes del tratamiento y de la prueba Post-test (12,50), después del tratamiento aplicado al Grupo Experimental.

TABLA Nº 6: Comparación de medias del Pre-test y Post-test del G.E.

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					T	Gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest de Grupo Experimental - Posttest de Grupo Experimental	18,750	3,594	1,797	13,031	24,469	10,434	3	,002

Al analizar la TABLA Nº 6, acerca de las puntuaciones obtenidas por el Grupo Experimental, tanto en el Pre-test ($M=31,25$) como en el Post-test ($M=12,50$), se puede observar y probar que existen diferencias estadísticamente significativas (Sig. 0,002), entre las medias del Pre-test y Post-test del Grupo Experimental, con lo cual se corrobora con los resultados obtenidos en la Tabla Nº 4, es decir, hay evidencia de que los cambios que se ha producido, son por efecto de la manipulación de la variable independiente, hacia los pacientes que conformaron la aplicación del programa experimental.

TABLA N° 7: Medias del Pre-test y Post-test del Grupo de Control**Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Pretest de Grupo Control	30,00	4	1,155	,577
	Postest de Grupo Control	31,50	4	1,000	,500

4.1.4 RESULTADOS DE LA PRUEBA PRE-TEST Y POST-TEST DEL GRUPO DE CONTROL.

En la TABLA N° 7, aparecen los resultados de las medias obtenidas por el Grupo de Control, tanto de la prueba Pre-test (30,00), antes de empezar el programa experimental, como de la prueba Post-test (31,50), después de concluir el programa experimental.

TABLA N° 8: Comparación de medias del Pre-test y Post-test del G.C.

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					T	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Pretest de Grupo Control - Postest de Grupo Control	-1,500	1,000	,500	-3,091	,091	-3,000	3	,058

Analizando la TABLA N° 8, referente a las puntuaciones obtenidas por el Grupo de Control en el Pre-test (M=30,00) y Post-test (M=31,50), se observa que no existen diferencias significativas. Con lo cual se prueba que en el Grupo de Control, no ha producido ningún cambio, durante la aplicación del programa experimental al Grupo Experimental.

Basado en los resultados del Pre-test y Post-test, tanto del Grupo Experimental como del Grupo de Control, la hipótesis que nos hemos formulado ha sido confirmada. En consecuencia, nuestra hipótesis: “Si después de que los pacientes con síndrome de depresión del Grupo Experimental (G.E.), son sometidos a tratamiento de Psicoterapia con el Método EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares; y como consecuencia, de ello logran superar significativamente la depresión que les aqueja, en comparación a pacientes del Grupo de Control (G.C.), entonces el efecto se debe a la manipulación de la variable independiente “psicoterapia EMDR”, ha quedado comprobada

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados hallados en el presente estudio, son medios probatorios válidos para analizar, discutir y fundamentar, acerca del efecto terapéutico del método EMDR, aplicado a pacientes del Grupo Experimental con síndrome de depresión, tomando en cuenta los criterios establecidos por el método científico y la ciencia psicológica.

En primer término, los resultados nos muestran que existen diferencias significativas al comparar las medias del Post-test, entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control. Partiendo de estos resultados, se puede afirmar que la hipótesis sometida a contrastación empírica ha sido probada y aceptada. Aceptar como válida la hipótesis planteada, significa que la variable independiente (psicoterapia con el método EMDR), aplicada al Grupo Experimental, a lo largo de las sesiones terapéuticas, han producido efectos positivos en la salud emocional de los pacientes, que fueron expuestos a tratamiento por presentar problemas emocionales de depresión.

En la Tabla Nº 3, podemos observar los cambios producidos en el Grupo Experimental, al constatar la media del Post-test ($M=12,50$), comparado con la media del Post-test ($M=31,50$) del Grupo de Control, cuyo resultado evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados quedan corroboradas con las medias del Pre-test ($M=31,25$) y Post-test ($M=12,50$) del Grupo Experimental, que aparece en la Tabla 5.

Los resultados encontrados en el presente trabajo guardan correspondencia con otras investigaciones realizadas por expertos, como es el caso de, Edmond, Rubín y Wambach (citado en Shapiro, 2004, pág. 354). Este estudio puso a prueba sobre la efectividad del tratamiento EMDR en mujeres adultas que sufrieron abuso sexual durante su infancia. La muestra de estudio estuvo integrado por 59 mujeres, quienes fueron asignadas al azar a una de tres condiciones distintas: 1) Tratamiento con EMDR individual, 2) Tratamiento individual de rutina, o 3) Control de tratamiento postergado. Todas las pacientes fueron sometidas a 6

sesiones de tratamiento. Siendo el resultado, que sólo las mujeres que participaron en la terapia EMDR, superaron en la magnitud esperada los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático (Shapiro, 2004). Caso similar, Rothbaum, 1997 (citado en Shapiro, 2004) realizó estudios con 18 mujeres adultas que fueron víctimas de violación y como consecuencia presentaban depresión y estrés postraumático. Las 18 mujeres fueron divididas al azar en dos grupos: Grupo Experimental y Grupo de Control con lista de espera. Después de 3 sesiones de tratamiento EMDR al grupo experimental, el investigador comparó con el grupo de control y encontró que el 90% de los tratados con EMDR habían superado el problema, mientras que el grupo de control seguía con el mismo problema. Posteriormente, el grupo de control fue sometido a tratamiento EMDR, cuyos resultados fueron similares al logrado con el grupo experimental (Shapiro, 2004, Pág. 355). Por su parte, Scheck, Shaeffer y Gillete (citado en Shapiro, 2004, Pág. 355), realizaron estudios semejantes con 60 mujeres adultas, cuyas edades fluctuaban entre los 16 y los 25 años. Todas presentaban estados de depresión y estrés postraumático. El 50% de las mujeres fueron sometidas al azar, a dos sesiones de tratamiento individual con EMDR y el resto audición activa. Los resultados fueron que los efectos del tratamiento EMDR, habían sido significativamente mayores en todas las medidas. De tal modo, que el tratamiento EMDR resultó ser superior al tratamiento con audición activa. Así mismo, Wilson, Bécker y Tinker (citado en Shapiro, 2004, Pág. 357), hicieron un estudio controlado con 80 sujetos con depresión y trauma. Cada una de ellas, fueron asignados al azar a uno de cinco clínicos

capacitados, previamente seleccionados por su experiencia profesional enclítica. Después del tratamiento se hallaron diferencias significativas entre los grupos EMDR y el grupo de lista de espera. Los tratados con EMDR, habían superado el problema de depresión y trauma en un 84%. Por otro lado, Carlson, Chembot, Rusnak, Hedlund y Muroaka (citado en Shapiro, 2004, Pág. 358), realizaron un estudio que puso a prueba los efectos del tratamiento EMDR en 35 veteranos de guerra, con depresión y estrés postraumático crónico de guerra. Un grupo de participantes fueron sometidos a 12 sesiones de tratamiento EMDR y otro grupo a tratamiento de relajamiento por biofeedback y al cuidado clínico VA rutinario. Los resultados fueron que el tratamiento EMDR, probó ser superior al tratamiento de relajamiento por biofeedback. Otros investigadores, como: Rogers, Silver, Goss, Obenchain, Willis y Whitney (citado en Shapiro, 2004, Pág. 359), realizaron un estudio con la intención de comparar los métodos EMDR y de Exposición. Para ello, hicieron participar a 12 veteranos de guerra. Cada uno de ellos, recibieron ya sea tratamiento EMDR o Exposición. Ambas condiciones indicaron mejoría al ser medidas con la Escala de Impacto de Suceso, pero el tratamiento EMDR resultó superior al de Exposición. Por su parte, Rosas Uribe (2006), realizó un estudio titulado “El efecto de la terapia EMDR en el procesamiento de la información negativa en pacientes con depresión”, tesis para optar el grado académico de Doctor en Psicología en la Universidad Veracruzana de México. La muestra de estudio ha estado conformada por 3 sujetos diagnosticados con síndrome de depresión, los mismos que fueron seleccionados intencionadamente. Después del

tratamiento con EMDR, los resultados han demostrado cambios favorables en la salud emocional de los pacientes, es decir, las imágenes, creencias, emociones y sensaciones negativas que componían los recuerdos alrededor de los eventos traumáticos que dieron lugar a la depresión, se tornaron menos vívidas y perturbadoras, vinculándose con información más apropiada.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, así como los hallados en los trabajos de investigación que se han expuesto, sirven de validez y fundamento a la teoría EMDR, como método de tratamiento de alta efectividad para problemas de depresión y otros trastornos emocionales. Eso implica que el modelo teórico, “Sistema de Procesamiento de Información a Estados Adaptativos”, teoría en el que se sustenta EMDR, representa una hipótesis neurofisiológica funcional del cerebro y mente, visto como proceso y al mismo tiempo, ofrece un mapa clínico que explica y hace predicciones, en base a los efectos terapéuticos en el tratamiento de problemas emocionales, entre ellos, la depresión.

En los pacientes con síndrome de depresión, causado por traumas de tipo “t” y “T”, se espera que con la terapia EMDR, las imágenes, creencias, emociones y sensaciones negativas que experimentan los pacientes, llegan a tornarse menos vívidas y perturbadoras, para estar vinculado a un estado funcional apropiado, como sostiene Shapiro, 2004, pág. 30, 31 y 46.

Un trauma psíquico puede bloquear o perturbar el innato procesamiento de la actividad cerebro-mente y causar diversos trastornos o problemas emocionales en el ser humano, como una depresión. En ese sentido,

Shapiro señaló: “Un trauma puede perturbar el sistema de procesamiento de la información, provocando que las percepciones sean almacenadas en la forma en que fueron experimentadas por el cliente durante la vivencia original y que se manifiestan por medio de síntomas...” (Shapiro, 2004, Pág. 54)

Finalmente se debe precisar que los resultados obtenidos en el presente estudio, confirma nuestra hipótesis que se ha planteado. Estos resultados guardan concordancia con los hallados en otras investigaciones antes aludidas y con la teoría EMDR, de Francine Shapiro, que sostiene:

“La naturaleza disfuncional de los recuerdos traumáticos, incluyendo la manera en que son almacenados, permite que los sentimientos o emociones negativas y las creencias del pasado invadan el presente del individuo. El procesamiento de dichos recuerdos por medio del método EMDR permite que los sentimientos o emociones y las cogniciones actuales, más positivas y poderosas, se generalicen hacia los recuerdos asociados a través de la red neurofisiológica y que, de manera espontánea, conduzca al cliente a conductas más apropiadas” (Shapiro, 2004)

Para corroborar los resultados obtenidos, cabe precisar que SUD de los pacientes sometidos a tratamiento (G.E.) ha disminuido a 1 en dos sujetos y 0 en los restantes, y VOC subió entre 6 y 7.

CONCLUSIONES:

Basado en los resultados obtenidos en el presente estudio, podemos concluir que la Psicoterapia “EMDR”, aplicado al grupo experimental, ha producido efectos significativos en la disminución del nivel de depresión de los sujetos participantes en la experimentación. Esta conclusión, guarda concordancia con los resultados obtenidos en otras investigaciones y la misma teoría que sustenta EMDR. Cabe señalar que esto constituye una conclusión provisional.

RECOMENDACIONES:

Considerando que los resultados obtenidos en el presente estudio, son altamente halagadoras para la ciencia psicológica en el tratamiento de la depresión, que es el gran problema del siglo, se recomienda:

- a) Promover que las universidades nacionales y particulares que tengan programas académicos de psicología, medicina y ciencias neurológicas, tomen las decisiones políticas para priorizar la planificación, implementación y desarrollo de trabajos de investigación experimental con el método de psicoterapia EMDR, para una intervención preventiva y asistencial, sobre problemas de salud mente-cerebro, como: La depresión, el estrés y demás

problemas emocionales, especialmente dirigidas a las comunidades marginales.

- b) Promover que los colegios profesionales que tienen que ver con la salud física y mental, propicien la formación en el método EMDR a fin de desarrollar programas de intervención preventiva y asistencial en problemas de salud mental e impulsen trabajos de investigación acerca del problema de la salud mente – cerebro.
- c) Incluir en los currícula de los programas académicos de psicología, la asignatura para el estudio de EMDR, como método de psicoterapia usada por la psicología.
- d) Difundir a la población en general, la importancia de la salud mental-cerebral con el enfoque EMDR, mediante programas preventivos, especialmente para la niñez y la adolescencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreas, (1978). Psicología Experimental. México: Limusa
- Alcántara Zapata, Natali Ruth (2008). Sintomatología Depresiva y Adhesión al Tratamiento en Pacientes con VIH. Tesis de Licenciatura en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- ARAZI, BERGMANN, FAGIOLI y otros (2004). Trauma y EMDR. Buenos Aires, Argentina: EMDRÍA.
- Arnao, Grass (1981). Diseños Experimentales en Psicología y Educación, México, Trillas, Vol. 1
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and Emotional Disorder. New York: Internacional Universities Press
- Beck,R., y Shaw y E. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión. Barcelona: Biblioteca de Psicológica.
- Beck, A.T. (2000). Terapia Cognitiva, Barcelona, Gedisa.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). BDI-II Inventario de Depresión, Bs. As. Argentina, Paidós.
- Bulbena, V. y otros (1995). Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología, Madrid, Masson.

Brenlla, M. y Rodríguez, C. (2006). Manual de Inventario de Depresión de Beck BDI-II, Adaptación, Bs.As. Argentina, Paidós

Calderon, Guillermo (2001). Depresión. México: Trillas

Plan Nacional de Salud Mental 2005-2010 del Ministerio de Salud (2004), Resolución N° 993-2006/MINSA.

De La Garza Gutierrez, Fidel (2004). Depresión, Angustia y bipolaridad. México: Trillas.

Grand, David (2006). Curación emocional a máxima velocidad: El poder de EMDR, Bs. As. Argentina: Sygnus Talleres gráficos.

Hernández, Fernández, Batista (2003). Metodología de la Investigación, México: Mc Graw Hill.

Huallanca, Calderón R. (2001). Psicología Experimental. Lima-Perú: UDEGRAF S.A.

Kerlinger (1983). Investigación del Comportamiento. México: Interamericana

Latner, Joel (1988). El libro de la terapia gestalt, México: Diana

Matheson, Bruce, Beauchamp (1980). Psicología Experimental: Diseños y análisis de Investigación. España: C.E.C.S.A.

McGUIGAN,(1983), Psicología Experimental. México: Trillas

DSM-IV-R (2002): Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, Barcelona: Masson, 4ta. Edición.

Portuondo, Juan (1999). Psicoterapia: Tomo 1, Madrid: Biblioteca Nueva

Perls, Frederick (1973). Sueños y existencias, Chile: Cuatro Vientos

Petit, Marie (2010). La Terapia Gestal, Barcelona, Kairós.

Rojtenberg, Sérgio L. (2001). Depresiones y antidepresivos, Bs. As., Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo: Médica Panamericana

Roques, Jacques (2009). Curar con el EMDR, Barcelona, Kairós

Rosas Uribe, Myrna y López Ramirez Ernestob (2006), El efecto de la terapia EMDR en el procesamiento de la información negativa en pacientes con depresión, Tesis Doctoral en Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Schwob, Marc (1995). Cómo Vencer la Depresión. Santa Fe de Colombia: San Pablo.

Shapiro, Francine (2004). EMDR., México: PAX MÉXICO.

Shapiro, Fraqcine y Silk Forrest, Margot (2007). Desensibilización y Reprocesamiento por medio del Movimiento Ocular, Bs. As. – Argentina, Infomed.

Ugarriza, Nelly (1998). Normalización del Inventario de Depresión de Beck (IDB) en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana, Universidad de Lima, en impresión.

Yarahuamán, Luna Edgar (2004), Depresión y Factores Individuales de Reclusión en el Establecimiento Penitenciario del Cusco: Tesis de Magíster en Psicología Clínica por la Universidad Cayetano Heredia, Lima-Perú.

A N E X O S

PROTOCOLO Y PROCEDIMIENTO DE LAS 8 FASES DE EMDR

FASE UNO: TOMA DE HISTORIA

1.- Desarrollo de un Plan de secuencia de blancos del paciente:
Capacidad integrativa, tolerancia al afecto, vínculos y apego, y estabilidad del paciente.

2.- Objetivos de la toma de historia:

- Desarrollar un plan de tratamiento exhaustivo.
- Llevar a cabo una Entrevista de historia Psicosocial.
- Proveer al paciente para el consentimiento informado
- Revisar los Criterios de selección de pacientes para tratamiento con EMDR
- Desarrollar un Plan de Secuencias de Blancos EMDR (pasado, presente y futuro)
- Introducir intervenciones psicoterapéuticas adicionales en caso de necesidad

3.- Criterios de selección de pacientes:

- Preparación para estabilización y manejo del estrés del paciente
- Estrategias de estabilización y autocontrol del paciente
- Tomar en cuenta las consideraciones médicas del paciente para administrar MO
- Las consideraciones de disponibilidad del paciente para el tratamiento EMDR

4.- Identificación del evento base, mediante preguntas directas:

- “¿Cuándo fue la primera vez que recuerda haber pensado, sentido y/o reaccionado así?”
- “¿Cuándo fue la primera vez que aprendió....?, ejemplo, “no soy suficientemente bueno”
- “¿Alguna situación durante la infancia, de su familia de origen, que le venga a la mente?”

5.- Si no es factible identificar el evento base a través de preguntas directas, usar:

- Técnica de Flotar hacia atrás, ejemplo: “Flote hacia atrás hasta la primera vez que Ud. experimento ello”
- En otros casos, usar el Escaneo Afectivo

FASE DOS: PREPARACIÓN

Posición de los asientos en EMDR: Precisar la posición de los asientos

Movimientos oculares: Distancia cómoda para el paciente

Velocidad cómoda (MO horizontales)

Direcciones alternativas (- /)

Estimulación bilateral alternativa: Toques y auditiva

Explicación de EMDR al paciente: SPÍA/REM

“Cuando ocurre un hecho perturbador puede quedar bloqueado en el cerebro con la imagen, sonidos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales originales. EMDR parece estimular la información y permite que el cerebro reprocese la experiencia. Quizás eso es lo que sucede en el sueño. REM: Los movimientos oculares (tonos, toques) pueden ayudar a procesar el material inconsciente. Es su propio cerebro el que va lograr la curación y es Ud. quién tiene el control”.

Estabilidad del paciente (estrategia de afrontamiento):

Metáfora (tren): “Para ayudarlo a notar simplemente la experiencia, imagínese viajando en un tren. Y que los sentimientos, pensamientos, etc. son solo el paisaje que ve pasar”.

Señal de pare:

Desarrollar e incrementar habilidades tradicionales de manejo del estrés y la ansiedad.

FASE 3: EVALUACION

Instrucciones específicas “Hoy a través del proceso EMDR, le estaré pidiendo lo que Ud. está experimentando. Necesitare que Ud. lo diga tan claro como sea posible que viene a su mente en la medida que vayamos a través del proceso. A veces las cosas van a cambiar a veces, no. En este proceso no hay “supuestos” ni “debe ser”. Solo denos la retroalimentación más exacta posible sobre lo que está sucediendo sin juzgar si debería o no ocurrir. Deje lo que pasar lo que tiene que pasar.

Recuerde que usted tiene un lugar seguro/calmo y la señal de pare, que la puede utilizar si las necesita.

Tema: “Hoy hemos decidido reprocesar (seleccionar el próximo incidente que va a ser el blanco determinado por el árbol de decisión del plan de secuencia de tratamiento).

Incidente: _____ (Evento/Incidente)

Imagen: ¿Qué imagen representa la peor parte de este incidente?

Imagen: _____

Creencia negativa “mirando esa imagen que palabras expresan lo que cree negativo de si mismo ahora”

(Generalmente esta será consistente con la CN utilizada para desarrollar el plan de secuencia de blanco)

CN: _____

—

Creencia positiva: “Cuando evoca esa imagen/evento, ¿Qué le gustaría creer sobre usted ahora?

CP: _____

—

Validez de la creencia (VoC): “Cuando piensa en esa imagen, ¿cuán verdaderas siente que son ahora las palabras (PC) _____) en

una escala de 1 a 7, en la que 1 se siente completamente falsa y 7 se siente, totalmente verdaderas”

1 2 3 4 5 6 7

Completamente falsas

Completamente

verdaderas

Emociones/Sentimientos:”Cuando evoca esa imagen y esas palabras

(CN) _____

¿Qué emociones siente ahora?

SUD: “En una escala de 0 a10, en la que 0 es ninguna perturbación neutral y10 s la máxima que pueda imaginar ¿Cuán perturbador siente que es el evento ahora?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin perturbación/neutral

Máxima

perturbación

Localización de la Sensación Corporal: “¿En qué parte del cuerpo siente la perturbación?

Iniciar Desensibilización: “Me gustaría que evoque esa imagen, esa palabras

(CN), y note en que parte del cuerpo las siente y siga mis dedos”.

